

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	2072400480		
法人名	社会福祉法人 麦の家		
事業所名	麦の家・ぶどうの木(I)(II)		
所在地	長野県上伊那郡中川村大草4559番地		
自己評価作成日	平成24年1月16日	評価結果市町村受理日	平成24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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市巾上13-6		
訪問調査日	平成24年2月15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)】

①一人ひとりの独自性に基づくケアと必要な環境整備 ②個別ケアと共に集団ケアの重視 ③入居者⇒家族⇒地域⇒自治体の相互交流に基づくケア
--

【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)】

伊那谷の中央、天竜川の河岸段丘に連なる田園風景を見下ろし、中央アルプスの雄大な山々を眺める地に「認知症のお年寄りが共同で生活する住居」として1999年春に事業所は開設され、2009年には、福祉型ホスピスを増設している。地域の中で支えられ、これまでの地道な活動の中で構築されたネットワークを活かしながら、理事や管理者の長年の活動から裏打ちされた知識を実践する場として、介護を専門職者として取り組まれている。また専門家を育成する場としての講座等も開設されている。入居時から、終末期に向けて本人ご家族の意思を話し合い、背景の社会資源も含めて家族と共に看取りに取り組まれている。また家族に週1回以上の面会を条件とし、家族の安定が本人の安定に繋がるという視点から家族支援も重視している。ゆったりと寄り添う毎日は、入居者に穏やかな表情や笑顔をもたらし、ご家族にとっても安心、信頼をもたらしている。

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

ユニット名(麦の家・ぶどうの木(I))			
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 ↓該当する項目に○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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

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					
ユニット名(麦の家・ぶどうの木(Ⅱ))					
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 ↓該当する項目に○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、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	理念の共有は、就業期間を通して、あらゆるケアの中で実現されていく。	開設当初からの「麦の家の祈り」を理念として、毎月のスタッフミーティング、毎朝の申し送りなどに話す機会を持ち、パンフレット等にも記載している。介護にあたる職員とは、具体的にケアに活かせるように話し合い、共有に努めている。	
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	地域(村・組・地区等)のさまざまな催しに積極的に参加している	地区の区民として、回覧板を廻してもらい、ボランティアの方々と共に春祭り、夏の御神輿、いきいきサロンなどの行事に参加している。定期的な傾聴や外出支援のボランティアの方も訪問している。認知症への理解を深める活動として、去年は村の文化センターでコンサート主催して地域の方達に大変喜ばれた。	
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	入居者へのケアを通して認知症の心理・社会的要因を地域に訴え、認知症の理解について転換を目指している。		
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	2ヶ月1回のペースで行っており、委員の積極的協力が高まっている。	隔月に開催し、地域包括の保健師、家族、村会議員、区の総代、ボランティアの方などが出席され、事業所の入居者や現状、事業計画、地域の高齢者や事業所の抱える問題など報告、検討されている。また、サービス向上に活かす会議となっている。	
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	行政的であることは止むを得ないが、ソーシャルワーク実践の視点より村当局との交渉を進めている。	市町村担当者とは、日頃から活発に意見交換を行い、事業所の実情やサービスの取り組みも報告している。村内の入居希望者や高齢者の現状についても、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
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	①身体拘束をしない工夫としてベッドの下にマットを敷く・ベッドを最低に下げるなどし、自由に動けるようにしている。 ②夜間の施錠について、家族会からの申し入れ(H19年4月)によって行っている。 ③危険が伴う場合は家族と相談し必ず経過を見ながら取り組んでいる。	夜間は、家族会の申し入れによって施錠している。リフト浴など危険を伴う時は、本人家族に説明し、安全性に配慮しつつ、ケアに取り組んでいる。職員間でも、その都度カンファレンス等で確認し、本人、家族と相談しながらケアに取り組んでいる。	
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	毎月の職員会議において事例検討を行って、互いに注意している。		
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	同 上		
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	家族会において家族の人からの麦の家に対する「疑問や不満・注文」がケアや経営・運営の改善につながることを訴えている。		
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	家族の来所を入居時の契約に盛り込んでいる事。家族への毎月の金銭報告に入居者の状況報告を行っている。入居者担当職員による家族来訪時の情報交換を行っている。	家族は、親戚などを含めて誰かが週に1回以上来所するようにお願いしている。家族が来所時は、家族支援の意味も込めて、ゆっくりお話しする時間を取る様に努めている。年3回の家族会も実施し、家族だけで話す時間も取っている。目安箱もお話しているが、意見は入っていない。	
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	毎月のスタッフミーティングでの半分の時間を職員間のお話し合いで意見を聞くようにしている。目安箱を設置している。	スタッフミーティングなど、話を聞く様に管理者は努めている。必要に応じて、職員とは個人的に話し合いの場など設けている。目安箱は設置して2年目になるが、意見は入っておらず、活用方法、設置場所を検討したいと伺った。	

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
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	他施設との情報交換や社会保険労務士の指導を受けている		
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	毎月の研究会への積極的参加を促している他に職員会議で取り上げる接近困難なケースを取り上げてケアの向上を計っている。		
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	地域事業所連絡会の会場を提供して相互情報の交換を行っている。		
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	インテーク期におけるケアを重視している(入居者担当制にして対応している)個別に関わり生活歴を語る中で、更に日常に生かせるよう配慮している。そこから関係を深め集団関係の中で安定できるよう支援している。		
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	インテーク期におけるケアを重視している(家族が毎月来所する事を義務付けている)家族の来訪時には可能な限り職員(及び理事長・ホーム長)が対応し、率直な話し合いを行えるための関係形成の機会としている。		
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	同上		

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
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	対クライアントと共にクライアント間の関係に介入していくケア(共生的ケア)を重視している。		
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	入居者⇒家族⇒地域の三重層に基づく社会的ケアを重視している。 可能なレベルでの家族との協力関係ができています。		
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	高齢化に伴い馴染みの人も同様に歩くことが困難。家族の人々との交流が中心となっている。しかし、「ふるさと訪問」など職員がボランティアと共に外出する機会を積極的に作っている。	村バスに乗って、自宅近くまで出かける折には、同乗している近所の人や知り合いに声をかけられる事もある。墓参り、共同墓地にボランティアの方や家族と出かける機会や、「ふるさと訪問」などの馴染みの場所への外出は、家族や入居者の安心を得ている。	
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	グループケアを目指すプログラム作成と共に個別的ケアを同等レベルで重視している。毎朝の申し送りで具体的に職員に周知される。		
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	ケアの連続性を重視し、死を看取るケアに至るまでのプロセスを重視している。		
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	BPSD等に対処するため、立ち止まってクライアントの声に耳を傾けること。接近困難な(ケース)場合は、スタッフミーティングで話し合うことにより、ベターなケアの途を模索している。	BPSD(認知症の行動、心理状態)から、自身の思いを行動や言葉に表すことができる人も、なかなか言葉に表しにくい人に対しても、やりとりや表情、しぐさなどを細かくノートに記録して、検討している。対応が難しいと職員が感じる場合は、ミーティングで検討している。家族からの情報も、同世代の兄弟姉妹から得ることが多いとお聞きした。	

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
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	生活史・家族歴についての情報をクライアント本人との関わりの中で収集しその利用によるケアを重視している。		
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	毎朝の引継ぎミーティングを起点として、各クライアントの生活について1日の記録をとること等によるケアを重視している。		
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	介護計画の長期のものだけでなく、1週間単位でのモニタリングを導入している。変化のあった場合すぐに対応出来るよう、介護計画を細やかなものとしている。	センター方式にも取り組み、記録方法も、棟ごとに見やすいように工夫されている。介護計画は、半年ごとに長期計画を見直しされているが、1週間単位でも、細かく見直し、記録されている。より現状に即した計画とモニタリングとなるように、見やすく書き易い様式等の改善を検討中である。	記録に意欲的に取り組まれているが、書き易く、見やすく、生きた記録となるよう、職員力量に合わせ、負担とならない様式の改善を期待する。
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	個別記録の中で特に共有したい部分に注目できるようにし、全員の職員に伝達できるようにするため、特に朝の申し送り・夕方の申し送りにて全員の共有を図っている。その方法については、更に検討している。		
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	クライアントとしての家族という視点の基にトータルケアを行っている。		
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	入居者にとって資源になるように職員のケアを高める研修を職員会議で行っている。		

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
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	妻の家が所在する地区内にある診療所及び訪問看護師による24時間対応のシステムを持っている。	地域の診療所の先生が毎月往診され、眼科、婦人科など専門科や診療所以外を主治医とされる受診は、家族対応をお願いすることが多いが、困難な場合は職員が代行している。訪問看護師には、携帯で対応をお願いし、必要時は訪問して頂いている。歯科も、村内からは往診して頂き、村外の場合は家族が連れて行っている。	
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	診療所・訪問看護師の協力によって、クライアントの身体上に関する具体的情報を得ることでケアについて学ぶ機会を持っている。		
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。	医師・家族らとの合同会議を必要に応じて持つようにしている。		
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、事業所の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	入居契約に於いて取り上げ入居者の家族の意向について話し合う。また、看取りの時期には家族・医師との連携をより密にして必要に応じて繰り返し話し合う。看取りの段階では、家族の宿泊も求めている。	入居時から、重度化や終末期に向けて、本人家族の意向を確認している。病状の変化やその都度、家族本人とも話し合い、職員同士や医療関係者などとも事前に方針を共有している。家族と共に看取りが出来るよう心がけ、身近な方が看取りの場面に係れるよう宿泊できる準備あるいは部屋が用意され、自然に毎日を送る中でのお見送りとなるよう支援に取り組んでいる。家族からは満足され、感謝の言葉を頂くことが多いと伺った。	
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	看護師・認知症ケア専門士らによる個別的指導を行っている。今後更にその頻度と内容のレベルアップに努めたい。		
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	年に2回、村・地区・組合の協力で、入居者・職員全員参加で防災シュミレーションの機会を設けている。	年2回、地域の方の協力を得て、全職員、入居者が参加して訓練を実施している。避難場所は、ホーム前の駐車場である。昨年、消防への通報装置が設置され、訓練も実施されている。食料も、事業所用の備蓄がされている。	通報装置の設置に伴い、全職員で使用方法を再度徹底されたい。また、火災だけでなく、水害、地震等様々な状況を想定され、食料や水の備蓄も含めて、行政とも地域の方たちとも協力された訓練や体制の確認を期待する。

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
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	一人の人に究極的価値を置くケアを第1義としている。また、スタッフミーティングで理事長・職員相互に学ぶ機会がある	その時に一番必要性が高い人をケアしていくという方針で、日々のケアを実践している。言葉にされない人や言葉にできない人へのケアも考慮している。毎朝の申し送りやミーティング等でも、機会あるごとに、職員同士で話し合い、言葉かけや対応を検討している。	
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	パターンリズムと自己決定とのジレンマに取り組んでいる。		
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	クライアントにとって真のニーズを話し合う関係の中で見出し、それに応じていく個別ケアと共に集団ケアを重視している。		
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	①その人のこれまでの生活習慣に基づくこと。 ②現在の身体的機能や認知・好み等の変化に合わせた心地よさ。 ③絵画・装飾・おしゃれを互いに楽しみあう習慣的雰囲気の形成をケアとして重視している。		
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	入居者の重度化に伴い食事・片付けの準備が困難になりつつあるが(介護度平均4)入居者に残された能力の開発により可能な協力は積極的に進めている。更に季節や行事を意識した食事に取り組みたい。	委託契約であった調理員が、ホームと直接の契約となり、専任で昼夕食は、2名交代で調理を担当している。朝は、ユニットごとに、出している。ご飯は、ユニットごとに、入居者に確認しながら、よそおっている。夏は、ホームの畑でとれたトマトなど一緒に楽しんでいる。介助の方の食事は、その都度、職員がメモで伝えたり直接話し合い、状態に合わせた食事になるように調理員と連携している。	
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	毎日の毎時間毎に行うバイタルチェックにより身体的ケアを行っている。一人ひとりの入居者の1日の食事量を記録すると共に、変化のあった時は、代替品による食事・水分の摂取を行う。また、看護師・医師への相談、調理職員の協力のもと支援している。		

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
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	・昼・夕食後の入れ歯の洗浄とうがい。 ・ミキサー食・入れ歯をしようしない方は、せんようのスポンジ又はガーゼで口腔ケアを行っている。 実施した際には、個人記録に残している。希望者には歯科受診等の援助も行っている。		
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むけた支援を行っている	・立位の危険と健康的負担を考慮している。 ・日々の体調(熱・むくみ等)にも配慮しながら、排泄のケアを行っている。 ・尿とりパットの当て方(使い方)トイレ誘導のタイミング等職員間で検討することで個人の能力に応じた介助をしている。	夜間だけポータブルトイレ使用の方、昼は布パンツ使用の方など、個々の能力に合わせた支援を行っている。居室のトイレは、簡易シャワーがついており、清潔保持し易い。	
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	飲食物の工夫だけでは便秘を予防することが難しく、看護師や医師とも相談しながら服薬によるコントロールをしている。上記を含めトイレでの排泄を目指すようスタッフ間で協力している。		
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ず、個々にそった支援をしている	①一人ひとりの希望やタイミングに合わせる事は難しく、入浴を安全に行えるスタッフ人数などにより行っている。入浴を行えるようスタッフ同士でその方法を伝達すると共にニーズ・生活習慣・睡眠への導入などを含めた支援を検討している。 ②入浴中は、楽しい会話とプライバシーの保護に努めている。	棟により、職員の配置などと相談しながら、入居者の安全に配慮しつつ、希望に沿った入浴となるように、個々に支援している。ホスピス棟には、特殊浴槽が設置され、最後まで入浴を楽しめる環境を整えている。I棟にはリフト設置の浴槽もあるが、現在は使われる方はいない。	
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	日中の休息については個々の希望で行ったり、体調など考慮し休息の介助をしている。夜間については安眠のために身体的不快感・精神的不安感・住環境・温度など様々なところから考えること。対応方法の工夫など幅広く検討・学習が必要だと考える。また、看護師・医師との連携も継続して行う。		

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
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	日々の変化は医療・家族と連携し、本人の様子はチームで細かく情報を共有するよう努めている。		
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	・日課として洗濯物の整理・掃除をすること等その人の経歴(農業・村内活動等)に伴って出来る「役割」を持てるようにケアをしている。音楽や読書・ドライブ等の外出を生活に取り入れ楽しみが持てる時間を設けている。		
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	継続ボランティアとの協力により外出支援の機会を積極的に行っている。その日の希望による外出は難しいが、前もって計画しスタッフの人数を調整する等し、外出の機会を確保している。	村内のバスに乗って自宅近くや、希望の場所へ出かけるのを楽しみにされるなど、ボランティアの方の協力も得て、外出を支援している。敷地内の中庭でのお茶や、畑作りや収穫などもされている。建物の構造上(Ⅰ、Ⅱ棟)、居室から食堂には、玄関から靴を脱ぎ履きしての出入りで、日常的にリハビリとなっている。	
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	自らお金を持ち管理できる方については、その方の持つ力に応じて所持している。お金の使用や買い物は、その方自身が支払う機会が無いので今後検討したい。		
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	その人の持つ力に応じて手紙のやり取りが出来る様支援している。 電話については、電話をすることで家族に心配や負担がかからぬよう、どうゆう内容で電話をするのか本人と相談した上で行っている。		
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	温度調節や日差しに配慮した空間作りを行っている。季節感のある飾り付けを行い楽しんでいただけるよう工夫している。	修理予定の共同棟(Ⅱ)を除き、食堂は床暖房で暖かく、陽射しもカーテンなどで適度に遮られている。Ⅰ、Ⅱ棟の食堂と居室を結ぶ廊下は屋根付きであるが、屋外の空気に触れ、肌で季節の移ろいを感じられる。食堂は、鉢植えの花が片隅におかれ、季節の飾りや書き初めなどが掲示されている。ホスピス棟は独立した一つのバリアフリーの建物であり、床暖房でホールは広く、大きな窓からは山々が見渡せる。	

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
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	共同棟(Ⅰ)にはソファが置いてありゆっくりとかかわりの持てるスペースとなっている。 共同棟(Ⅱ)には畳のスペースがありカーテンや障子を使ってスペースを区切ることが出来、何時でも休むことができるようになっている。		
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	居室には写真・仏壇等を置き、入居しても日常の中で家族とのかかわりが持てるような空間を作っている。備品等は、家族にとって経済的に可能な範囲で相談して購入することもある。	棟によって、広さや造りが異なっている。Ⅰ、Ⅱ棟は、個々の玄関で、靴を脱ぎ履きして出入りする。窓からは、それぞれ違った裏山の木々や中庭の桜が眺められる。部屋には、持ち込まれた棚やテレビやこたつなどが置かれ、アルバムや書物、辞書などと共にそれぞれの愛着ある好みの部屋となっている。ホスピス棟では、作り付けの押し入れを、本人家族の要望で間仕切りをして使い易く利用している。	
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	個々の身体状況や認知症の状況を把握し、使用している物品はその方に合わせて違いを持っている。(時計等)視覚的なものと、(トイレ等)身体維持に関する物の工夫。ターミナル棟では、フロアでの音楽環境は、1日の中で流れを持ち、夕方のメロディーは落ち着いたようオルゴールを使用し、1日の環境への配慮をしている。		

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	理念の共有は、就業期間を通して、あらゆるケアの中で実現されていく。	開設当初からの「麦の家の祈り」を理念として、毎月のスタッフミーティング、毎朝の申し送りなどに話す機会を持ち、パンフレット等にも記載している。介護にあたる職員とは、具体的にケアに活かせるように話し合い、共有に努めている。	
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	地域(村・組・地区等)のさまざまな催しに積極的に参加している	地区の区民として、回覧板を廻してもらい、ボランティアの方々と共に春祭り、夏の御神輿、いきいきサロンなどの行事に参加している。定期的な傾聴や外出支援のボランティアの方も訪問している。認知症への理解を深める活動として、昨年は村の文化センターでコンサート主催して地域の方達に大変喜ばれた。	
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	入居者へのケアを通して認知症の心理・社会的要因を地域に訴え、認知症の理解について転換を目指している。		
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	2ヶ月1回のペースで行っており、委員の積極的協力が高まっている。	隔月に開催し、地域包括の保健師、家族、村会議員、区の総代、ボランティアの方などが出席され、事業所の入居者や現状、事業計画、地域の高齢者や事業所の抱える問題など報告、検討されている。また、サービス向上に活かす会議となっている。	
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	行政的であることは止むを得ないが、ソーシャルワーク実践の視点より村当局との交渉を進めている。	市町村担当者とは、日頃から活発に意見交換を行い、事業所の実情やサービスの取り組みも報告している。村内の入居希望者や高齢者の現状についても、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
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	①身体拘束をしない工夫としてベッドの下にマットを敷く・ベッドを最低に下げるなどし、自由に動けるようにしている。 ②夜間の施錠について、家族会からの申し入れ(H19年4月)によって行っている。 ③危険が伴う場合は家族と相談し必ず経過を見ながら取り組んでいる。	夜間は、家族会の申し入れによって施錠している。リフト浴など危険を伴う時は、本人家族に説明し、安全性に配慮しつつ、ケアに取り組んでいる。職員間でも、その都度カンファレンス等で確認し、本人、家族と相談しながらケアに取り組んでいる。	
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	毎月の職員会議において事例検討を行って、互いに注意している。		
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	同 上		
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	家族会において家族の人からの妻の家に対する「疑問や不満・注文」がケアや経営・運営の改善につながることを訴えている。		
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	家族の来所を入居時の契約に盛り込んでいる事。家族への毎月の金銭報告に入居者の状況報告を行っている。入居者担当職員による家族来訪時の情報交換を行っている。	家族は、親戚などを含めて誰かが週に1回以上来所するようにお願いしている。家族が来所時は、家族支援の意味も込めて、ゆっくりお話しする時間を取る様に努めている。年3回の家族会も実施し、家族だけで話す時間も取っている。目安箱もお話しているが、意見は入っていない。	
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	毎月のスタッフミーティングでの半分の時間を職員間のお話し合いで意見を聞くようにしている。目安箱を設置している。	スタッフミーティングなど、話を聞く様に管理者は努めている。必要に応じて、職員とは個人的に話し合いの場など設けている。目安箱は設置して2年目になるが、意見は入っておらず、活用方法、設置場所を検討したいと伺った。	

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
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	他施設との情報交換や社会保険労務士の指導を受けている		
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	毎月の研究会への積極的参加を促している他に職員会議で取り上げる接近困難なケースを取り上げてケアの向上を計っている。		
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	地域事業所連絡会の会場を提供して相互情報の交換を行っている。		
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	インテーク期におけるケアを重視している(入居者担当制にして対応している)個別に関わり生活歴を語る中で、更に日常に生かせるよう配慮している。そこから関係を深め集団関係の中で安定できるよう支援している。		
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	インテーク期におけるケアを重視している(家族が毎月来所する事を義務付けている)家族の来訪時には可能な限り職員(及び理事長・ホーム長)が対応し、率直な話し合いを行えるための関係形成の機会としている。		
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	同上		

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
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	対clと共に対cl間の関係に介入していくケア（共生的ケア）を重視している。		
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	入居者⇒家族⇒地域の三重層に基づく社会的ケアを重視している。 可能なレベルでの家族との協力関係ができています。		
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	高齢化に伴い馴染みの人も同様に歩くことが困難。家族の人々との交流が中心となっている。しかし、「ふるさと訪問」など職員がボランティアと共に外出する機会を積極的に作っている。	村バスに乗って、自宅近くまで出かける折には、同乗している近所の人や知り合いに声をかけられる事もある。墓参り、共同墓地にボランティアの方や家族と出かける機会や、「ふるさと訪問」などの馴染みの場所への外出は、家族や入居者の安心を得ている。	
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	グループケアを目指すプログラム作成と共に個別的ケアを同等レベルで重視している。毎朝の申し送りで具体的に職員に周知される。		
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	ケアの連続性を重視し、死を看取るケアに至るまでのプロセスを重視している。		
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	BPSD等に対処するため、立ち止まってclの声に耳を傾けること。接近困難な（ケース）場合は、スタッフミーティングで話し合うことにより、ベターなケアの途を模索している。	BPSD（認知症の行動、心理状態）から、自身の思いを行動や言葉に表すことができる人も、なかなか言葉に表しにくい人に対しても、やりとりや表情、しぐさなどを細かくノートに記録して、検討している。対応が難しいと職員が感じる場合は、ミーティングで検討している。家族からの情報も、同世代の兄弟姉妹から得ることが多いとお聞きした。	

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
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	生活史・家族歴についての情報を本人との関わりの中で収集しその利用によるケアを重視している。		
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	毎朝の引継ぎミーティングを起点として、各人の生活について1日の記録をとること等によるケアを重視している。		
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	介護計画の長期のものだけでなく、1週間単位でのモニタリングを導入している。変化のあった場合すぐに対応出来るよう、介護計画を細やかなものとしている。	センター方式にも取り組み、記録方法も、棟ごとに見やすいように工夫されている。介護計画は、半年ごとに長期計画を見直しされているが、1週間単位でも、細かく見直し、記録されている。より現状に即した計画とモニタリングとなるように、見やすく書き易い様式等の改善を検討中である。	記録に意欲的に取り組まれているが、書き易く、見やすく、生きた記録となるよう、職員の力量に合わせ、負担とならない様式の改善を期待する。
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	個別記録の中で特に共有したい部分に注目できるようにし、全員の職員に伝達できるようにするため、特に朝の申し送り・夕方の申し送りにて全員の共有を図っている。その方法については、更に検討している。		
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	クライアントとしての家族という視点の基にトータルケアを行っている。		
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	入居者にとって資源になるように職員のケアを高める研修を職員会議で行っている。		

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
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	麦の家が所在する地区内にある診療所及び訪問看護師による24時間対応のシステムを持っている。	地域の診療所の先生が毎月往診され、眼科、婦人科など専門科や診療所以外を主治医とされる受診は、家族対応をお願いすることが多いが、困難な場合は職員が代行している。訪問看護師には、携帯で対応をお願いし、必要時は訪問して頂いている。歯科も、村内からは往診して頂き、村外の場合は家族が連れて行っている。	
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	診療所・訪問看護師の協力によって、クライアントの身体上に関する具体的情報を得ることでケアについて学ぶ機会を持っている。		
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。	医師・家族らとの合同会議を必要に応じて持つようにしている。		
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	入居契約に於いて取り上げ入居者の家族の意向について話し合う。また、看取りの時期には家族・医師との連携をより密にして必要に応じて繰り返し話し合う。看取りの段階では、家族の宿泊も求めている。	入居時から、重度化や終末期に向けて、本人家族の意向を確認している。病状の変化やその都度、家族本人とも話し合い、職員同士や医療関係者などとも事前に方針を共有している。家族と共に看取りが出来るよう心がけ、身近な方が看取りの場面に係れるよう宿泊できる準備あるいは部屋が用意され、自然に毎日を送る中でのお見送りとなるよう支援に取り組んでいる。家族からは満足され、感謝の言葉を頂くことが多いと伺った。	
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	看護師・認知症ケア専門士らによる個別的指導を行っている。今後更にその頻度と内容のレベルアップに努めたい。		
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	年に2回、村・地区・組合の協力で、入居者・職員全員参加で防災シミュレーションの機会を設けている。	年2回、地域の方の協力を得て、全職員、入居者が参加して訓練を実施している。避難場所は、ホーム前の駐車場である。昨年、消防への通報装置が設置され、訓練も実施されている。食料も、事業所用の備蓄がされている。	通報装置の設置に伴い、全職員で使用方法を再度徹底されたい。また、火災だけでなく、水害、地震等様々な状況を想定され、食料や水の備蓄も含めて、行政とも地域の方たちとも協力された訓練や体制の確認を期待する。

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
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	1人の人に究極的価値を置くケアを第1義としている。また、スタッフミーティングで理事長・職員相互に学ぶ機会がある	その時に一番必要性が高い人をケアしていくという方針で、日々のケアを実践している。言葉にされない人や言葉にできない人へのケアも考慮している。毎朝の申し送りやミーティング等でも、機会あるごとに、職員同士で話し合い、言葉かけや対応を検討している。	
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	パターンリズムと自己決定とのジレンマに取り組んでいる。		
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	クライアントにとって真のニーズを話し合う関係の中で見出し、それに応じていく個別ケアと共に集団ケアを重視している。		
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	①その人のこれまでの生活習慣に基づくこと。 ②現在の身体的機能や認知・好み等の変化に合わせた心地よさ。 ③絵画・装飾・おしゃれを互いに楽しみあう習慣的雰囲気の形成をケアとして重視している。		
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	入居者の重度化に伴い食事・片付けの準備が困難になりつつあるが(介護度平均4)入居者に残された能力の開発により可能な協力は積極的に進めている。更に季節や行事を意識した食事に取り組みたい。	委託契約であった調理員が、ホームと直接の契約となり、専任で昼夕食は、2名交代で調理を担当している。朝は、ユニットごとに、出している。ご飯は、ユニットごとに、入居者に確認しながら、よそおっている。夏は、ホームの畑でとれたトマトなど一緒に楽しんでいる。介助の方の食事は、その都度、職員がメモで伝えたり直接話し合い、状態に合わせた食事になるように調理員と連携している。	
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	毎日の毎時間毎に行うバイタルチェックにより身体的ケアを行っている。1人ひとりの入居者の1日の食事量を記録すると共に、変化のあった時は、代替品による食事・水分の摂取を行う。また、看護師・医師への相談、調理職員の協力のもと支援している。		

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
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	・昼・夕食後の入れ歯の洗浄とうがい ・ミキサー食・入れ歯をしようしない方は、せんようのスポンジ又はガーゼで口腔ケアを行っている 実施した際には、個人記録に残している。希望者には歯科受診等の援助も行っている。		
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むけた支援を行っている	・立位の危険と健康的負担を考慮している。 ・日々の体調(熱・むくみ等)にも配慮しながら、排泄のケアを行っている。 ・尿とりパットの当て方(使い方)トイレ誘導のタイミング等職員間で検討することで個人の能力に応じた介助をしている。	夜間だけポータブルトイレ使用の方、昼は布パンツ使用の方など、個々の能力に合わせた支援を行っている。居室のトイレは、簡易シャワーがついており、清潔保持し易い。	
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	飲食物の工夫だけでは便秘を予防することが難しく、看護師や医師とも相談しながら服薬によるコントロールをしている。上記を含めトイレでの排泄を目指すようスタッフ間で協力している。		
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ず、個々にそった支援をしている	①1人ひとりの希望やタイミングに合わせる事は難しく、入浴を安全に行えるスタッフ人数などにより行っている。入浴を行えるようスタッフ同士でその方法を伝達すると共にニーズ・生活習慣・睡眠への導入などを含めた支援を検討している。 ②入浴中は、楽しい会話とプライバシーの保護に努めている。	棟により、職員の配置などと相談しながら、入居者の安全に配慮しつつ、希望に沿った入浴となるように、個々に支援している。ホスピス棟には、特殊浴槽が設置され、最後まで入浴を楽しめる環境を整えている。I棟にはリフト設置の浴槽もあるが、現在は使われる方はいない。	
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	日中の休息については個々の希望で行ったり、体調など考慮し休息の介助をしている。夜間については安眠のために身体的不快感・精神的不安感・住環境・温度など様々なところから考えること。対応方法の工夫など幅広く検討・学習が必要だと考える。また、看護師・医師との連携も継続して行う。		

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
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	日々の変化は医療・家族と連携し、本人の様子はチームで細かく情報を共有するよう努めている。		
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	・日課として洗濯物の整理・掃除をすること等その人の経歴(農業・村内活動等)に伴って出来る「役割」を持てるようにケアをしている。音楽や読書・ドライブ等の外出を生活に取り入れ楽しみが持てる時間を設けている。		
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	継続ボランティアとの協力により外出支援の機会を積極的に行っている。その日の希望による外出は難しいが、前もって計画スタッフの人数を調整する等し、外出の機会を確保している。	村内のバスに乗って自宅近くや、希望の場所へ出かけるのを楽しみにされるなど、ボランティアの方の協力も得て、外出を支援している。敷地内の中庭でのお茶や、畑作りや収穫などもされている。建物の構造上(I、II棟)、居室から食堂には、玄関から靴を脱ぎ履きしての出入りで、日常的にリハビリとなっている。	
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	自らお金を持ち管理できる方については、その方の持つ力に応じて所持している。お金の使用や買い物は、その方自身が支払う機会が無いので今後検討したい。		
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	その人の持つ力に応じて手紙のやり取りが出来る様支援している。 電話については、電話をすることで家族に心配や負担がかからぬよう、どうゆう内容で電話をするのか本人と相談した上で行っている。		
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	温度調節や日差しに配慮した空間作りを行っている。季節感のある飾り付けを行い楽しんでいただけるよう工夫している。	修理予定の共同棟(II)を除き、食堂は床暖房で暖かく、陽射しもカーテンなどで適度に遮られている。I、II棟の食堂と居室を結ぶ廊下は屋根付きであるが、屋外の空気に触れ、肌で季節の移ろいを感じられる。食堂は、鉢植えの花が片隅におかれ、季節の飾りや書き初めなどが掲示されている。ホスピス棟は独立した一つのバリアフリーの建物であり、床暖房でホールは広く、大きな窓からは山々が見渡せる。	

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
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	共同棟(Ⅰ)にはソファが置いてありゆっくりとかかわりの持てるスペースとなっている。 共同棟(Ⅱ)には畳のスペースがありカーテンや障子を使ってスペースを区切ることが出来、何時でも休むことができるようになっている。		
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	居室には写真・仏壇等を置き、入居しても日常の中で家族とのかかわりが持てるような空間を作っている。備品等は、家族にとって経済的に可能な範囲で相談して購入することもある。	棟によって、広さや造りが異なっている。 Ⅰ、Ⅱ棟は、個々の玄関で、靴を脱ぎ履きして出入りする。窓からは、それぞれ違った裏山の木々や中庭の桜が眺められる。 部屋には、持ち込まれた棚やテレビやこたつなどが置かれ、アルバムや書物、辞書などと共にそれぞれの愛着ある好みの部屋となっている。ホスピス棟では、作り付けの押し入れを、本人家族の要望で間仕切りをして使い易く利用している。	
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	個々の身体状況や認知症の状況を把握し、使用している物品はその方に合わせて違いを持っている。(時計等)視覚的なものと、(トイレ等)身体維持に関する物の工夫。ターミナル棟では、フロアでの音楽環境は、1日の中で流れを持ち、夕方のメロディーは落ち着けるようオルゴールを使用し、1日の環境への配慮をしている。		

目標達成計画

作成日: 平成24年3月27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	26	より現状に即した介護計画とモニタリングになるように、見やすくかきやすい様式等の改善をする。	書き易く、見やすい、生きた記録となるような、職員の力量に合わせた、負担とならない様式を作成する。	2月のスタッフミーティングで話し合いを持ち、来年度に向けて、ホーム長補佐と3人の介護リーダーがフォーマットの検討をすることになった。	3ヶ月
2	35	①自動火災通報装置の使用方法を全職員に再度徹底する事。 ②水害・地震等様々な状況を想定し、行政や地域の方たちとの協力体制の訓練をする事。	①火災の避難訓練時に、使用方法のリーフレットを配布し、確認すると共に、いつも手元に置くことを心掛ける。 ②地域の訓練に参加すると共に、地区と交わしている「災害時における協力に関する協定書」について地区総代と確認しあう。	①スタッフミーティングにおいてリーフレットの読みあわせと装置の確認を行う。 ②伊南行政組合南消防署と施設間の救急・災害についての会議も行われ(2月)より密接な連携体制が出来ている。地区の訓練・マッピング作成にも参加している。常時の備品確保の担当者も決め、より徹底を図る。	6ヶ月
3					
4					
5					

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。