

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	2092100011		
法人名	社会福祉法人 軽井沢町社会福祉協議会		
事業所名	社会福祉法人 軽井沢町社会福祉協議会 くにちゃん家		
所在地	長野県北佐久郡軽井沢町大字長倉 2371-2		
自己評価作成日	平成23年10月15日	評価結果市町村受理日	平成24年4月19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23年11月21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)】

社会福祉協議会が運営している事業所として、利用者一人ひとりにあった支援を進めるためには、利用者の本当の思いや望みを汲み取ることが大切な事だと考えています。利用者個人個人の思いに合わせて、支援が必要になっても、住み慣れた地での生活継続に向け、これまで築きあげてきた家族や地域社会との関係性を保ちながら、利用者本人の「生活の視点」に着目し、本人・家族の笑顔を大切にすることはもとより、利用者を取り巻くすべての関係機関(医療・保険・福祉・地域)との連携を大切にし、住み慣れた地域での生活を可能な限り継続できるような支援体制の構築を基本に、利用者・家族の思いを尊重したケアを進めています。

【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)】

社会福祉協議会が運営するグループホームであり、社協が展開する事業所、地域との交流の場をたくさん利用できるホームである。ホームは既存の建物を利用しているため、職員はホームとして使いやすい環境を整え、利用者の一人ひとりの思いを受け止めようとしている様子が窺える。主治医の協力体制もしっかりしており、主治医が介護計画作成に家族との話し合いの場を設け、家族の安心感もある。本部が中心に研修会を開催し職員全員が参加する機会がある。管理者・介護支援専門員は、利用者の状態が少しずつ変化してくるから、本人本意の生活を支えるためのケアの課題も見えてきている。また、終末期をどう過ごしていただくか、社協としての本部の考え方やホームとしての考えのすり合わせを行い、運営推進会議等で提案し、家族、利用者の意見、委員の意見を聞く等、この地域のホームとして何を優先していくかをはっきり見極め、ホームとしての在り方を示し、利用者、家族がより一層安心して生活できる場となることに期待したい。

. サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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()					
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、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している (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-) + (Enterキ-)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
理念に基づく運営					
1	(1)	<p>理念の共有と実践</p> <p>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</p>	<p>年度始めには必ず全職員で理念の見直しを行い確認し、皆が見える場所に掲げ具体的なケアに結びつけている。</p>	<p>理念は、毎年ミーティングで職員と共に話し合い検討している。理念は皆が見える場所に掲示され、理念の共有に努めている。社会福祉協議会の行事などの参加をし地域密着型としての意義や理念の理解に努めている。</p>	
2	(2)	<p>事業所と地域とのつきあい</p> <p>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</p>	<p>社協の大きな事業参加、地域活動支援センターへの行事参加、及びこちらの行事の声掛け、小規模多機能との交流、地区社協主催の月1回のサロン等への参加や地域のごみゼロ活動に参加している。</p>	<p>町内会の加入はしており、回覧も回る。平均年齢が89.5歳になり、馴染みの利用者が訪問することも少なくなっている。社協が運営する小規模多機能事業所との交流や地区サロンでの交流、ボランティア参加での畑作り等、沢山の地域参加の機会がある。</p>	
3		<p>事業所の力を活かした地域貢献</p> <p>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</p>	<p>地区サロン・中学・高校の施設体験受け入れボランティアの拠点(週1)を通し認知症の方との関わりを伝えている。</p>	/	/
4	(3)	<p>運営推進会議を活かした取り組み</p> <p>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</p>	<p>今年度より運営推進会議を2ヶ月に1回開催し推進委員には利用者家族代表を選任し加わって頂いている。他家族には随時会議内容の報告通知を行い会議の記録はグループホーム内で閲覧出来るよう公開している。</p>	<p>運営推進会議は、今年から2カ月毎に開催されている。併設する小規模多機能との合同で開催され、小規模多機能・グループホームの理解や利用者についての理解ができる機会となった。また、地域密着型の地域理解を深めるためにホーム便りの配布拡大等、積極的な意見が出される。</p>	
5	(4)	<p>市町村との連携</p> <p>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</p>	<p>町主催の高齢者サービス担当者連絡会・ケア連絡会に出席し現状報告、情報交換を行っている。又町担当者も運営推進会議、行事への参加をして頂いている。</p>	<p>毎月、地域包括支援センターの主催により町内の事業所が集まり話し合う。地域での現状、個別ケースの話し合いをする。研修会開催や祭りなどの行事参加等もなされ、協力関係が築かれている。</p>	

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	安全に生活が出来るよう、各利用者に合わせた見守りや側方介助は行っている。他は自在に過ごして頂いている。身体拘束について共有認識も研修等を通じて出来ている。	研修会は、毎年本部の社会福祉協議会が行い全員の出席、伝達が行われる。拘束への理解は十分しているながらも日々、職員の不足する時間には、安全が優先した対応になりやすく苦慮することもある。	
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	高齢者虐待防止関連法の研修等に随時参加、更に復命をし他職員にも情報共有する事で理解を深めている。		
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	研修会への参加、常に制度の理解を深めると共に職員並びに他セクションとの連携を持ち情報共有をしている。		
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	利用者家族に気軽に相談して頂けるよう傾聴の姿勢・環境を整え、家族と一緒にケアを進める等の体制作りをしている。		
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	利用者の思いや本音を聞きのがさず傾聴しケアに結びつけ、家族からは面会や行事に参加された時に意見・要望を伺い運営に反映している。	家族が来所時には、要望を伺い、利用者の様子等もホーム側から説明をする。また、運営推進会議に家族も参加しているため、職員が少ないのではないかな等の提案もなされる。家族会も今年を行う予定であり、家族の交流や意見の表出の場になるよう期待している。	
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	年1回代表者との個人面談に於いて提案・意見を言える場がある。又定例ミーティングに於いてもオープンに提案・意見を出し合う事が出来、運営にも反映させている。	毎月ミーティングが行われ、職員からの意見、要望を言う場所がある。また朝、夕の申し送りの時間もあるためいつでも職員は意見を管理者に伝える場がある。また、本部との運営改善会議があり、本部の会長、局長等が参加され、意見を言う場所がある。	

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
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	代表者は評価基準に基づき、職員を評価し、個人面談により各自の思いを聞き、働きやすい職場作りに努めている。		
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	社協全体の勉強会への参加、県・及び団体からのセミナーへの参加等研修に行く機会を作っている。		
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	佐久圏域グループホーム連絡会などを通じ、勉強会・管理者会議を行ったり、小規模スタッフ研修会で現場訪問を行っている。		
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	少しでも心が開かれるよう寄り添い傾聴に努め、気持ちを引き出し、受け入れながら関係づくりをしている。		
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	往診によるサマリー・身体変化等家族と密に連絡を取る中で本人と家族がサービス導入を希望するに至ったいきさつや事情を伺っている。		

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
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	ケアマネを含め本人・家族の生活への思い、関わり方等相談を繰り返す中でより必要なサービス利用が出来るよう、共に考えている。		
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	利用者の今まで培ってきた生活を考えながら、洗濯物を干したりたたんだり、植木に水をあげたり等一緒に行っている。		
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	日頃の事細かな様子を伝えたり、写真を見て頂いたりしながら行事への参加等を集い、情報共有する中でより良いケアに向け家族の協力も得ている。		
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	馴染みの方の面会を大切に、一緒にお茶を飲んで頂きながら来て頂きやすい雰囲気作りを心掛け、行事への参加等働きかけている。	本部の社会福祉協議会が主催する月1回の地区サロン参加を始め、小規模多機能と合同で行事の開催を行うことも多く、沢山の地域行事に参加し、利用者との接点がたくさんある様子が窺えた。	
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	利用者同士の関係を観察しながら、職員が良好な関係が築けるよう関わっている。		
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	今までの関係性の継続に向け地域密着型で行う行事などに誘いの通知をし、気軽に立ち寄って頂ける関係作りをしている。		
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	個々の状況に合わせゆっくりと過ごして頂く時間の中で思いを汲み取っている。又家族からも情報を得て実現に向けて話し合っている。	センター方式の勉強会も本部の社協で行い、中身の濃いアセスメントができるように見直しをしている。つぶやきノートをつくり利用者の思いを受け止める工夫をしてきたが、言葉を発することが少なくなり、気づきノートを作り、利用者の思い、意向の把握ができる工夫を行っている。日々、一人ひとりの話しを聞くように努めている。	一人ひとりの思いを受け止めていく時、言葉で訴えられない利用者のアセスメントは、基本にもどり、その人に1日寄り添う等、排せつ、食事、入浴、環境などすべての因子を考え観察する目をもち、課題を確認できる工夫をし、今後の認知症の進行への対応スキルにつながることを期待したい。

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
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	家族が面会に来られた時や行事に参加して頂いた時にこれまでの生活歴等を伺っている。		
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	毎朝バイタルチェックを行い常に観察を欠かさず朝・夕の申し送りにて職員間で心身の状態を把握している。		
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	計画作成担当者が中心となり家族・かかりつけ医・職員等とカンファレンスを行って、現状や課題について話し合い介護計画に反映している。	毎月のミーティングで全員の様子を確認しモニタリングを行っている。モニタリングに基づき介護計画の見直しをし、現状に即した介護計画作成に努めている。更新時など、家族に連絡し、なるべく医師を交えた話し合いで希望などが確認できるように工夫している。	介護計画は、アセスメント、モニタリングの繰り返しであり、職員の介護計画への関わりの工夫から、職員のケアの向上や観察力を養う良い機会と捉えたい。毎月のモニタリングに基づき更新し、記録を残すことで課題とプランとの連動の根拠になることを期待したい。
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	生活一覧表・個別記録・入浴実施記録に細やかに日々の様子や気づきを記入し朝・夕の申し送りやミーティングで情報を共有しながら介護計画に反映させている。		
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	家族・事業所で、出来る事を見極めながら病院受診や冠婚葬祭等への参加を支援している。		
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	地域行事への参加、小規模との合同行事の中で地区サロンを楽しんだりボランティアを招いて行事を企画している。		

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	
30	(11)	<p>かかりつけ医の受診支援</p> <p>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</p>	<p>家族の希望するかかりつけ医が往診して下さっている。緊急の場合も24時間対応が可能。隣接する位置に医療機関があり連携を取っている。</p>	<p>入居時に相談し、家族の希望するかかりつけ医が主治医となり往診を毎月行っている。24時間対応して下さるために職員、家族も安心がある。また、隣接に入院できる協力病院があるため必要な医療が受けられる体制にある。緊急時は職員が対応し家族に連絡を取る。</p>		
31		<p>看護職との協働</p> <p>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</p>	<p>普段と異なる様子を、併設している小規模多機能の看護師へ相談しアドバイスを受けている。</p>			
32		<p>入退院時の医療機関との協働</p> <p>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</p>	<p>普段とは違う環境での入院生活の為日頃の本人の状態を医療機関へ伝えている。又往診の際にもアドバイス等伺いながら関係作りを行っている。</p>			
33	(12)	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>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</p>	<p>重度化・終末期に向けて医療機関・家族・ケアマネ・職員等で話し合いをもち十分に説明しながら方針を共有している。</p>	<p>昨年は、家族、医師、職員との話し合い、利用者も元気なときから住みなれたこのホームでという希望もあったため、看取りを行った。職員の不安もあり、精神科医の学習会をし「怖くて当たり前、怖いといえる仲間が大切」という学びからその方を不安なく看取ることができ、職員の自信につながり、人生観の振り返りにもなった。</p>	<p>看取り・重度化について、このホームはどうして行きたいのか、何回も議論され指針も作成し手直しているようである。看取りの経験もあることから今後ホームとして住み慣れた自分の家と感じている利用者の視点、家族の意見などもう一度確認し運営推進会議などへの提案なども行い方針を打ち出し、必要な指針を作り家族や利用者の安心した生活の場になることを期待したい。</p>	
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>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</p>	<p>救急法の勉強会への参加、職員間での学習会の開催、自己研鑽をし全ての職員が向上出来るよう努めている。</p>			
35	(13)	<p>災害対策</p> <p>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</p>	<p>防災訓練計画に基づき隣接する事業所と合同で行う訓練を地区協力員・消防署の参加を得て行っている。又グループホームで夜間を想定した避難訓練や地震・水害を想定した避難訓練も行っている。</p>	<p>防災訓練は、年に2回行っている。昨年までは併設小規模施設と合同で行っていたが、今年からは、グループホーム独自で訓練を行った。地域住民の協力体制ができています。単独で夜間想定で行ってみると小規模の連絡はどうするのか、夜間一人対応でどこまでできるかなど課題も明らかになった。</p>		

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
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	内部研修を通じて職員の共有認識となっている。又ミーティングでのケースを通しての話し合いをし利用者の理解を深めた対応をしている。	研修会は、毎年本部である社協が開催する研修に参加している。日々の生活の中で、大きな声で「トイレに行く、便が出た、出ない」などストレートな会話がなされること、見守りが必要のためついでアを開けて介助をしがちになるなどケースを通し話をする場面もある。	日常の時間に追われる支援から、利用者の立場から、基本に戻り考えることで、自分がしてもらいたいケアのためにどのように時間を利用していくか、何が優先かを考えるケアを確認し家族の理解に結び付けていくことを期待したい。
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	出来る限り寄り添い、何気ない言葉一つひとつに注意を払っている。又表情や全身での反応を観察するよう心掛けている。		
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	その日の各自の気分、健康状態に合わせ利用者のペースを大切に過ごして頂いている。		
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	本人の意向を第一に考えているが、不十分な部分の身だしなみをさりげなく整えている。		
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	台所が共用空間より離れた場にあるので出来る範囲で調理の下準備や、テーブル拭き等を行っている。又行事や誕生日には特別メニューを考えながら支援をしている。	既存の建物を利用していることから食事作りの場所と利用者がある場所が離れているが、食事の下ごしらえ、タオルたたみなどできる利用者には一緒に行っていただく。毎日広告を見て食べたいものを聞き、行事には普段と違うメニューで楽しめる工夫をしている。時々社協の栄養士に栄養面での指導も頂く。	
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	一日の摂取量・水分量を記録し本人の体調変化に応じメニューを変え、好物を提供したり工夫している。		

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	ご自身で出来る方は声掛け、見守りながら不十分な部分はさりげなく支援をしている。食後は口腔ケアの定着が来ている。		
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	全員がリハビリパンツ・尿取りを使用しているが、食前・食後声掛けしトイレでの排泄を基本としている。又昼間、夜間の排泄パターンを職員全員が把握し自立に向けた排泄が出来るよう支援している。	全員がリハビリパンツの方である。自分で行く利用者やトイレ誘導する方などいるが排泄パターンを確認することで失禁なくおこなえるように対応している。	
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	本人の顔つき・表情・イラだち等に留意する。便秘予防の為に食物繊維・乳製品の摂取をして頂くよう心掛けている。又医師との連携を持ち服薬等の処方もある。		
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	本人の体調や希望により入浴して頂いている。拒否のある方には声掛けの工夫をし入浴して頂いている。重度化して一般浴に入れなくなった場合は、隣接する小規模の機械浴を使用出来る事となっている。	入浴は週2-3回の入浴になっている。既存の建物利用していることから脱衣所が狭く更衣時のプライバシーに配慮しカーテンで廊下を仕切るなど入浴しやすい工夫をしている。また、重度化した利用者は隣接する小規模施設での機械浴ができる準備がある。	
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	日中の活動を高めたり短時間の午睡をして頂いたりし、安眠に繋がる工夫をしている。眠れない時は傍でゆっくり話を聞くよう心掛けている。		
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	薬の副作用、効能を各自確認している。処方変更があった場合には特に状態観察に努め、ノートへの記録をし職員全体が把握している。薬の管理は職員がし、服薬時には二人の職員で確認し合い、本人が服薬した所まで見届ける。		

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
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	各自の力を発揮出来るよう色々な事に挑戦して頂き出来ない部分は職員が支援しながら行っている。又おやつは手作りで召し上がって頂くよう工夫をしている。		
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	季節に合わせた外出行事や事業所周辺の散策等行い家族にも協力して頂きながら外出できるように支援している。	暖かい日は散歩には出掛ける。隣接の小規模施設に出掛けたり、買い物の支援など個別支援も行っている。季節を感じていただくように、四季には花見やひな祭りなどに出掛け外食を楽しむ。家族の支援でドライブに行く方もおられる。地域交流が行われる福祉センターにも出掛ける。	
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	お金はこちらでお預かりし出かけた時は買い物支援を行っている。		
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	一人ひとりが作った絵手紙や暑中見舞い・年賀状を家族に出したり返信があったりする。家族から電話が来た時は子機を本人に手渡し話して頂いている。又こちらからも電話をし本人と話して頂いている。		
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	共有スペースに行事の写真・作品を展示し来所された方々にも見て頂いている。季節に応じた花等も散歩に出かけた時に摘んできては飾っている。	皆が共有するスペースには、コタツがあり車椅子の方も集う。共有スペースには家族や利用者、地域の方と交流し行事参加した写真がたくさん飾られており、家族も楽しんでいただく。散歩に出掛け拾ってきた落ち葉で利用者と一緒に作品を作り、クリスマスツリーも利用者とともに作り、掲示され季節を感じていただく。	
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	長椅子や一人掛けの椅子を置き一人でも寛げる空間の工夫をしている。テラスにも椅子を置き複数の方での寛ぎの空間がある。		

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
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	馴染みの家具や日用品を自宅より持参して頂き居心地の良さに配慮している。	利用者の部屋は、障子の窓に暖かい日が差し込み、安心感がある。文字を書き、一句を作る利用者の部屋にはいつでもペンが置かれている机があり、自分の作品が貼られている。また、連れ合いを亡くした利用者は、仏壇や位牌を置き、穏やかに過ごされる方もいる。	
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	利用者の身体状況に合わせた安全な環境作りを常に考え話し合いながら工夫している。	/	/

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	23	言葉に訴えられない利用者の思いを受け止める事が難しい。	一人ひとりの思いを受け止め、より良く暮らして頂くために希望や意向を把握する。	・センター方式を活用して言葉にならない声を受け止め又、家族に協力して頂き職員間で情報を共有する。 ・ゆっくりと寄り添う時間を作り、環境などの因子を考察する。	6ヶ月
2	26	・月1回のミーティングではプランについての検討に到っていなかった。 ・介護職員のプラン作成への関わりが見えづらい。	計画作成担当者、介護職員が共にプラン作成できるようシステムを考える。	・ケアプラン作成に関わる職員を担当制とし毎月のモニタリングとアセスメントを行い、課題とプランを連動させる。 ・担当者会議を担当者・計画作成者・管理者を含めて行う。	6ヶ月
3	36	生活の中での声かけでプライバシーに配慮されていない場面がみられる。	利用者の立場になりプライバシーの保護に努める。	内部研修を行い再度基本に立ち返って一人ひとり尊重していく姿勢を学ぶ。	6ヶ月
4	33	終末期の在り方についての指針が文章化されていない。	終末期の指針を作成する。	・終末期の指針の作成を進め利用者ご家族に事業所の基本姿勢を説明し同意を得る。 ・事業所内の意識統一を行う。	6ヶ月
5					

注)項目の欄については、自己評価項目の 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。