

1 自己評価及び外部評価票

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2090200292		
法人名	社会福祉法人松本ハイランド		
事業所名	ゆめの里入山辺		
所在地	松本市入山辺1453-2		
自己評価作成日	平成31年2月10日	評価結果市町村受理日	平成31年3月13日

※事業所の基本情報は、公表センター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://kaigo.nsyakyo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?jigyo=2090200292
----------	---

【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
所在地	長野県松本市巾上9-9
訪問調査日	平成31年2月20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)】

ゆめの里入山辺は、周囲をぶどう畑や田んぼに囲まれたのどかな場所につくられています。家庭的な空間・認知症ケアに力を入れており、個々の能力が維持できるよう職員は利用者様と共に生活することを念頭に入れ、笑いの絶えない毎日をご提供しています。認知症ケアにおいては、介護士は研修に多く参加し、常に知識や技術の向上を図っています。職員関係も良好で、常に話し合う機会が多く利用者様の事を一番に考えケアに取り組んでいます。また、地域交流にも力を入れており利用者様の社会交流も大切にしています。ご家族にとって母親・父親としての姿をいつまでも残せるよう、ご本人やご家族が安心できるようケアに取り組んでいます。食事の楽しみも大切にしており、毎食手作りの食事を職員と共に食べています。日々、ゆめの里入山辺は楽しい雰囲気時間が過ぎていきます。利用者様の人生を預かっている介護職員の自覚を持ち、毎日をご提供しています。

【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)】

「ゆめの里入山辺」は自然豊かな地の中に、木造建築の日本家屋(平屋建て)を設置されている。建具が「和」の使用になっており木の温もりある家庭的な生活空間は、利用者にとって「くつろぎの場」であり安心できる居場所となっている。「ゆめの里入山辺理念」を柱に一人ひとりに寄り添い自己決定やその人らしさを大切に、笑顔のある時間を過ごして頂くために職員一人ひとりが質の高いケアの提供に向け法人内外の研修に参加して研鑽を積まれている。管理者は前任管理者より得られた指導を基に明確な理念を持ち、それを職員全体に確実に浸透できるよう努めている。また、職員間のコミュニケーションを大切に、信頼関係の構築に努めている。なお、利用者、ご家族との面談を通して風通しの良い関係性を築かれている。地域住民の一員として4月から町会への入会(賛助会員)が決まったことを伺った。地域に溶けこみ、地元活動への参加や多様な地域資源の活用、積み上げてこられた認知症ケアの実践経験の還元など、地域と支え、支えられる関係が図られている。

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。ユニットが複数ある場合は、ユニットごとに作成してください。

ユニット名(ひがし・みなみ)		項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)	項目	取り組みの成果 (該当する箇所を○印で囲むこと)		
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向をつかんでいる。 (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ます。 (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と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。 (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させている。 (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、安心して暮らさせている。 (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				

自己評価及び外部評価結果

〔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。	地域密着サービスであることへの理解は、職員間でされており、ゆめの里入山辺の理念も理解したうえで業務に努めている。	「地域のなかでその人らしく生活することを支えるケア」の具体的なイメージが示された「ゆめの里入山辺理念」をつくりあげている。職員会議等で地域密着型サービスの役割について話し合い理解を深め実践につなげている。	
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。	地域行事に声を掛けられたり、ゆめの里としてもイベントを計画することで利用者と共に参加をし、地域や社会とのつながりに努めている。(玉ねぎ会、ピザ会、コーラスボランティア、三九郎)	地域行事等には利用者とともに積極的に参加をされている。また、事業所でもイベントを開催して地域の方々に参加を頂くなど、事業所と地域の人々が支えあうような双方向関係が築かれている。地域住民の一員として4月から町会への入会(賛助会員)が決まっている。	
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。	オレンジカフェの形を、地域の福祉ひろばへと場所を移し、ひろば行事とのコラボレーションをし、認知症の理解や支援方法を伝えている。		
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。	2ヶ月に1回定期で開催している。地域からの声も大切にし、日々のサービス向上に努めている。また、運営推進会議の内容報告を利用者の家族へも報告し共有している。	運営推進会議は定期的開催されており、利用者、家族、地域住民の代表、民生委員、地域包括支援センターなど幅広い立場の方々が参加されている。事業所から入居者の状況や運営及び活動報告が行われ、質疑応答の際には参加者から貴重な意見を頂き運営に反映されている。	
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取り組んでいる。	松本市や地域包括支援センターと連絡を取り合い、早期報告に努めている。また、運営推進会議では地域包括支援センターからケアサービスや職員の質の向上に対し、アドバイスをもらい協力関係を図っている。	市担当者や地域包括支援センターに対して、事業所の実状やケアサービスの取組について伝え助言を得る等また、地域の中の相談事の報告を行い課題解決を図っていくなど協働関係の構築に努めている。	
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。	身体拘束のない、自由な生活が送れるよう日頃からユニット会議や職員会議でケアについて話し合い、拘束のないケアに取り組んでいる。	高齢者の権利擁護や身体拘束に関する研修会に参加して、職員会議等で話し合い職員の共通認識を図り拘束のないケアに向け取り組まれている。訪問時事業所の玄関の施錠がされていない。	
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。	コンプライアンスの集計と結果報告、及び話し合いを年2回実施している。職員間でなぜか？を大切に話し合い、虐待防止に努めている。ただし、虐待防止委員会の開催回数が弱い。		

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
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にしている。	職員の受講希望を取り、今年度2名が成年後見人制度の外部研修に参加した。ただし、現在ゆめの里では成年後見人制度を利用している方はいない。		
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。	契約前を含め、家族と密に話し合う機会を設け不安や疑問、または思いを聞き取りお互いが納得できる関係性を、入所前から築くよう対応している。		
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。	年1回家族へのアンケートを実施。また年1回は家族と管理者で面談をし、風通しの良い関係性を築いている。職員も家族との連携も取れ、ささいなことでも情報提供をしている。利用者もケアプラン作成に伴い、今の思いを言える環境設定も行っている。	職員は日常の関わりの中で利用者を目線合わせことばや態度からその思いを察する努力をし、利用者本位の運営を心がけている。また、家族の意見・不満・苦情等を表せる機会として、訪問時の面談やアンケートを実施して意見等を積極的に聞く努力や場面づくりに努めている。出された意見、要望等は職員会議で話し合い反映されている。	
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。	毎月の職員会議を通じて職員の意見を吸い出せるよう、管理者は日頃から職員とコミュニケーションを図り、運営に反映できるよう努めている。	定例の職員会議や年1回職員面談を実施して職員の意見を聞く機会を設け出された意見や提案を運営に反映させている。	
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1回職員面談を実施し、個々の思いや希望を聞き取りやりがいをもち働けるように努めている。また、各ユニットリーダーは職員個々に働き方の希望を聞き、勤務表へ反映させている。		
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。	法人内外で1年間1人2回以上の研修参加を確保した。管理者からの指示や本人の希望に沿った研修参加に努めている。		
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。	法人内で同業者が交流する研修が年2回開催され、職員も参加をした。次回の課題であるが、職員の希望より「他グループホームとの交流会」を、次年度計画し開催につながるよう取り組んでいきたい。		

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
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。	入所申込み時にご家族から不安や困っていることを聞き取り、気持ちが穏やかになれるよう時間を費やしている。また、事前訪問時には本人を含め聞き取りをし、安心した生活ができるようユニットリーダーや計画作成担当者とともに信頼関係が気付け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。	上記同様信頼関係の構築のため、コミュニケーションを多く図っている。また、入所する事での不安もあるため、入所翌日に1日の状態報告をしている。		
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。	初期の段階では家族と面談し、話を聞くことで「本人はどんな人か」「どのように暮らしていたか」「今の生活の何に困っているのか」を見極め、施設ではどのようなサービスが必要か検討し対応している。		
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。	本人と共に過ごし、話をしたり、一緒に作業をすることで本人を知ることでもでき、楽しさを共有することが出来ている。		
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。	本人の昔の生活、趣味や仕事、家族との歴史を聞いたり、作品を見せてもらったりしながら、家族の絆を知り、本人や家族の思いを共有し職員と共に生活をしている。		
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。	利用者が生活していた地域に帰り、馴染みの美容院を利用したり地元の敬老会へ参加している。また、年末年始は地元へ帰り過ごされた方もいた。	事業所を利用しても、行きつけの場所等や行事等に参加して、地域に暮らす馴染みの知人や友人に会う機会を設け、つながりを継続できるよう支援に努めている。	
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。	利用者1人ひとりの特性を把握し、その仲介に入り、利用者同士が楽しく関わりが出来るよう支援している。		

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。	今年度退所したご家族から、身内の申し込みもあった。関係がそのまま断ち切らないよう計画作成担当者とともに相談や支援をしている。		
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。	日々の生活内での行動や言動の中から思いや希望を把握するように努めている。利用者から直接要望を聞ける時もある。家族に電話や直接お会いをして、情報を把握するように努めている。	職員全員が利用者一人ひとりの思いや意向について関心を払い把握に努めている。利用者の言葉や言葉にしづらい思いを、日常の行動や表情から汲みとる等、また、意思疎通が困難な方には家族より情報を得る取組に努め本人本位で検討されている。	
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。	利用者本人からの昔話等で把握するよう努めている。センター方式シートの基本情報・私の生活史シートから馴染みの暮らし方や、生活環境の情報を得ている。		
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。	一人ひとりの生活のリズムを尊重し、能力を發揮し役割ある生活が送れるよう支援している。介護記録や排泄水分チェック表などを用いて1日の過ごし方を把握するよう努めている。		
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。	月1回のユニット会議にて利用者1人ひとりを検討し、3ヶ月ごとに計画の見直しを行っている。ご家族からの意向、利用者の心身状況をアセスメント観察し、現状に即したケア計画が出来るよう努めている。	利用者や家族には日頃の関わりの中で意向を聴き取り反映されている。3か月に1回の見直しが行われており、アセスメントを含め職員全員で意見交換やモニタリングを行い、必要な支援を盛り込んだ個別の具体的な介護計画を作成されている。	
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	個別の介護記録(ケアプラン実施記録)、支援経過記録などを用い、職員間の情報共有ツールとしている。気づきや工夫は、申し送りノートやユニット会議での意見交換などを通して共有実践できるように努めている。		
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、その時々にも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。	ボランティア受け入れ・交流食堂・ピザ会などを通して、地域住民との交流の場となっている。また、利用者の状態に応じて就寝環境や食事形態を変更している。		

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。	地域行事に声がかかれば、利用者とともに参加をしている。利用者が持っている能力を発揮できるよう、職員も一緒に地域資源と協働している。		
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。	本人や家族の意向を確認し、医療機関と連携を図り受診の対応を行っている。精神科への受診の場合は、書面を提出し、内科の往診時は各ユニットで1名ずつ職員が担当し主治医へ報告をしている。	利用者や家族が希望されている医療機関での受診が行われている。医療機関と連携を図り受診対応に努めている。精神科への受診に際しては家族対応になっており受診時には職員も同行して書面を提出されている。また、週1回の訪問看護師による支援を受けている。	
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。	毎週金曜日に業務委託している訪問看護が来所し、1人ひとりの状態を観察し支援している。また、情報の共有が出来るよう訪問看護ノートを各ユニットごとで準備し、活用することでどの職員でも統一した相談や助言等を聞くことが出来ている。		
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。	医療機関へ訪問したり、電話連絡をし受け入れられる状態の説明や、今の本人の状況の把握をし、早期退院できるよう努めている。基本的には、治療が終了し、医療処置が必要でない状態であれば、すぐ帰所出来るようになっている。		
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。	年1回重度化した場合の話し合いを、本人やご家族と管理者は話し合いチーム支援ができるよう取り組んでいる。主治医や訪問看護師の意見も大切に、多職種との連携も行き支援している。	重度化に向け年1回利用者のご家族との話し合いを持ち意向を確認しながら、対応方針の共有を図りチーム支援ができるよう取り組まれている。主治医や訪問看護師の意見を大切に、事業所で対応し得る最大の支援方法を踏まえ、多職種との連携を行い支援に努めている。	
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。	急変時や事故発生時のマニュアルを訪問看護とともに整備をし、職員へ内容をおろしている。また、全職員が対応できるよう、実施した場合の対応報告もしている。		
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、地域住民とともに避難訓練を実施している。訓練は昼夜を想定したものとし、職員は焦らず避難誘導できるよう協力体制を築いている。	マニュアルを作成し、利用者参加型で昼夜を想定した年2回の避難訓練を地域住民や協力機関(本郷消防署、山辺出張所、信越報知等)の協力を経て実施されている。	今後利用者の身体状況の低下に伴い、職員だけの誘導の限界を確認するとともに、具体的な避難誘導策を決めておかれるよう望まれる。(利用者の身体状況が記載されたネームプレート等の作成等)

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人ひとりの認知症状や精神状態、性格に合わせて言葉かけを行っている。	認知症介護実践者研修やユニット会議の折の勉強会において、接遇について話し合い職員の意識の向上に努めている。利用者の誇りやプライバシーを損ねない対応の徹底を図られている。	
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	本人の希望、その人に合った生活が出来るよう声掛けをし自己決定を促している。また、待つケアを行うことで強制のない支援を行っている。		
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。	職員は日々忙しくしてしまい業務に追われることもあるが、その日を楽しく過ごしてもらえるよう待つケアも実施している。また、施錠をしないことで本人が行きたい場所へ行けるようにし、職員は見張りではなく見守りを行っている。		
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。	入浴時や外出時、自ら服装を選べる機会をすることで選択してもらっている。また、利用者にとっては白髪を気にする方もいるので、こまめに染めてもらい自分の姿に自信を持ってもらえるよう支援している。		
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。	利用者の誕生日には本人に食べたいものを聞き職員も一緒にお祝いをしている。また、調理の準備では利用者も一緒に行い、刃物を持ち調理を行っている。食事は職員も一緒に食し、団欒を大切にしている。片付けも一緒に行い、日々一連の流れを共にしている。	食事に関する一連の作業(買い物、調理、食事、片付け等)を利用者個々の力を活かしながら職員と一緒にこなされている。食事開始時の挨拶が利用者の元気な一声で始まり美味しく完食されていた。職員と利用者が同じテーブルを囲んで楽しく食事ができるよう雰囲気づくりに配慮されている。	
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。	排泄水分チェック表を使用し、1人ひとりの水分摂取量を把握し脱水傾向ではないかどうかチェックをしている。また、食事量も記入し排便の有無も記録することで原因を探れるよう努めている。栄養に関しては、月1回法人内の管理栄養士が来所している。		
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。	職員の声掛けにより食後の口腔ケアを実施している。また、協力歯科医も訪問し数名ずつではあるが口腔内の健診や処置を行っている。本人に適した必要物品を準備しケアを行っている。		

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
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。	1人ひとりの排泄のパターンを把握して、定期的にトイレ誘導を行うことで、パットの使用が減らせている。また、声掛けをしてトイレ誘導をしているので、自力での排泄もでき、尿意を感じてもらう取り組みにもつながっている。	排泄チェック表により利用者一人ひとりの排泄パターンを把握して、トイレ誘導を行うなど排泄の自立支援に努めている。また一人ひとりのサインを全職員が把握し、さりげない支援に努めている。	
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。	排泄水分チェック表を基に、便秘傾向の利用者に下剤内服することで便秘の状態が改善している。また、便秘傾向の利用者には冷水や乳酸菌飲料の摂取を促したり、生活の中で体操を取り入れ予防に努めている。		
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。	自身での洗身を促し、しづらさがある場合は介助をしている。入浴時は1対1の支援となるため、入浴の時間が楽しい時間になるよう会話をし、気持ち良い状態で過ごせるよう心もケアをしている。また、個々に合わせ入浴のタイミングも違うため強制せずに対応している。	週2回の入浴支援が行われている。利用者のその日の希望を確認し、楽しい入浴時間になるよう職員と会話をしながら一人ひとりの気持ちや習慣に合わせた支援に努めている。時には季節風呂(菖蒲湯、みかん湯、柚子湯等)を用意して楽しい入浴になるよう配慮されている。	
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。	生活リズムを作れるよう起きて頂く支援と合わせて、日中でも臥床を促したり、それぞれの起きた時間に合わせ食事を提供する等の工夫をしている。		
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。	降圧剤を服用している程度の把握はしているが、副作用等の理解には個人差があり、責務としては考えられていない状態。対象の状態変化に合わせ服薬内容を確認したり、調べる意識は持っている。		
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。	日々、個人の嗜好や満足度を考え、職員間で話し合いながら支援を心掛けている。が、訴えや動きの多い方への偏りがあるため、実施前の計画性も必要と考える。		
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。	季節や天候を見ながら、個人の状態や希望に合わせて外出できるよう努めている。日常の関わりの中で、希望を把握し職員で共有出来るよう記録をとっている。また、数か月に1度は全員でドライブへ出かけたり、ご家族へ外出の依頼を行うこともある。	利用者の希望に応じて、季節を肌で感じていただき、心身の活性につながるよう、日常的な散歩、買い物やドライブ等に出かけている。(高島城、バラ園等)また、ご家族と外食、温泉に宿泊も行われている。	

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。	個人の金銭保管はしていない。ただ、お金を持ち支払うことのIADLは維持していきたいので、買い物する機会を設け、支払いは施設のお金で払えるよう支援している。		
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。	今年度ケアプランの中にご家族と電話をすることで、親子関係が築けお互いが安心できるよう支援をした。利用者は会話することはできないが、声を聞くことで涙を流す場面がみられた。		
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。	利用者にとって居心地の良い空間が作れるよう、居室は自宅にあるもので揃えた。また、音に敏感な方もいるので、常に生活は住んでいるユニットだけではなく隣のユニットへも遊びに行き、それぞれが求める生活空間で過ごすよう対応している。	一日の大半を住み心地の良い共用空間で過ごされていることをお聞きした。居間には季節のお雛様タペストリーや利用者の作品が飾られ窓外から春の日差しが差し込み、山なみが望め利用者は穏やかに過ごされている。また馴染みの広い日本家屋作りのユニット間を自由に行き来でき「くつろぎの場」となっている。	
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。	上記同様、1人ひとりが求める生活空間は違うので、職員はまず理解をし制御しないよう取り組んでいる。		
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。	入所時、新しい物の購入は依頼していない。使い慣れたもので居室空間をつくっている。また、人間の嗅覚や視覚、触覚を大事にするためにも使い慣れたもので環境づくりをしている。	入居時に思い思いの使い慣れた家具やテレビ、仏壇等を持ち込まれている。利用者の状況に応じベット仕様やたたみ仕様となっており、自由に配置して住み心地よく過ごせるよう配慮されている。部屋の壁にはボードが用意されており、家族写真や利用者の作品が飾られ家庭的な空間が醸し出されている。	
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。	一人ひとりの能力を活かせるよう、生活空間は車いすでも過ごせるよう工夫されている。また、立位をとらずにADLが行われるよう、職員は配慮をしている。		

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	35	今後利用者の身体状況の低下に伴い、職員だけの誘導の限界を確認するとともに、具体的な避難誘導策を決めておかれるよう望まれる。(利用者の身体状況が記載されたネームプレート等の作成等)	利用者の状態を短時間で地域住民へ伝えられるよう訓練し、災害時の安全な避難誘導が確保できる。	避難訓練時、職員は短時間で地域住民へ情報が伝えられるよう訓練をしていく。また、地域住民がスムーズに介助に入れるよう、運営推進会議を中心に介助方法を現場職員から伝えていく。	12ヶ月
2	7	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。	コンプライアンスや虐待防止を常に振り返り、職員1人1人が意識してケアに取り組むことができる。	職員会議やユニット会議を利用し、コンプライアンスや虐待防止を常に見直す機会を設ける。また、虐待防止委員会については定期開催が出来るよう委員会内での目標や目的を明確にし、活動に潤いを持たせていく。	12ヶ月
3	1	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。	事業所の理念を利用者家族も共有し、良好な関係を築き、ケアに活かすことが出来る。	職員や家族が1番目に着く共有トイレのドアに、事業所の理念を貼る。また、地域交流スペースにも張り出し、会議参加者の地域住民や地域ボランティアの方にも目が届くよう対応する。	2ヶ月
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。