

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	2073400497		
法人名	社会福祉法人 長野市社会福祉協議会		
事業所名	鬼無里介護サービスセンター なかよしハウス		
所在地	長野県長野市鬼無里日影6711 - 1		
自己評価作成日	平成27年10月20日	評価結果市町村受理日	平成28年3月9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://wkaigokohyou.jp/kaigosip/infomatonpubl ic/do?pcd=2073400497 & scp = 320
----------	---

【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27年12月8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)】

自然溢れる環境の中で四季折々の季節を感じながらみんなで穏やかに生活しています。施設専用の畑で利用者様が得意としてきた野菜づくり等行い自分たちで作った野菜を食べる事が出来ています。行事食やおやき作り等にも取り組みながら季節を感じるようにしています。各利用者様には担当職員がつき個別性を重要視して利用者に合わせて支援が提供できるように家族ともコミュニケーションを取りながら定期的に施設での様子を提供しています。また、地域住民との交流も行き顔見知りとの関係を作り地域行事や災害時にはご協力をいただき、安心して日常生活が送れるようにお手伝いさせていただきます。

【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)】

事業所は、福花川、天神川の合流する高台に位置し、国道から数十メートル西に入ると神社と隣接してある。国道沿いには人家、公共施設等が点在し、山間部の暮らしが垣間見られる。利用者は地域の方で、地域に暮らす家族、親せき、隣近所の方々の訪問が絶えずある。医療・福祉・教育、自治会、消防、警察等の機関との連携が取れ住み慣れた地域に暮らし続けている。職員は生活歴を把握し、野菜作り、調理・盛り付け等出来る力を尊重してその人らしく生活が送れるための支援を惜しまない姿勢がうかがえる。台所、食堂、炬燵のある居間と一体的にあり職員と利用者の距離が近く、家庭的な雰囲気の中で安心して居心地良く過ごせる共用空間が作られている。入浴は毎日、隔日に希望される方が殆どで希望に添えるよう職員の勤務時間を考慮して応えている。管理者、職員は常に運営理念を意識してサービスの向上に向けて支援している。

・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	3. 利用者の1/3くらい	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 (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	3. 家族の1/3くらい	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	3. 利用者の1/3くらい	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	3. 利用者の1/3くらい	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	3. 職員の1/3くらい	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	3. 利用者の1/3くらい	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	3. 利用者の1/3くらい	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	3. 利用者の1/3くらい	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	3. 家族等の1/3くらい	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	3. 利用者の1/3くらい	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+Enter)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)	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	運営理念、方針を掲示し利用者の現状を見極め何が必要か考え安心して生活が送れるよう理解し努めている。	理念は事務室に掲示している。理念について取り上げて話し合うことはないが、職員会、ミーティング等では理念を意識して話し合いをしている。開設当時から理念は変わっていないが現在も新鮮であり、管理者、職員は意識して理念を共有して実践している。	
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	小学校の音楽会への参加や中学生との交流会が行われたり地域の方が野菜や花などの差し入れをしていただき会話やお茶会で交流ができています。	自治会に加入はしていないが、地区のお祭り、敬老祭に参加、災害訓練に住民の方が参加される等地区との協力関係にある。小学校行事に参加、中学生の訪問、行事にボランティアの方が訪問、一緒に畑作りやお茶会をする等事業所、利用者は共に地域の一員として暮らしている。	
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	防災訓練やクリスマス会に近所の人たちにも参加いただきその際、実際に利用者に関わりを持ち認知症に対する理解をしていただいている。	/	/
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	運営推進会議では利用者の生活の様子、活動状況の報告を行っている。地区長をはじめ委員からのアドバイスをサービスにつなげるよう努めている。	2地区の自治会長・民生委員、地区老人会長、地域包括支援センター職員、利用者家族、医師、所長、管理者、職員から構成され毎回15人程度の出席があり地区の集会場で開催している。推進会議に合せた防災訓練年2回含めて6回開催している。利用者の生活状況、評価、防災関係等話し合われている。今後更に市役所支所、消防署、警察署等からの出席も検討している。	
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	行政担当として地域包括支援センター職員に運営推進会議に出席して頂きアドバイスや指導をいただいている。	利用者に係わる事を中心に地域包括支援センターに相談をしている。行政から要請のある会議に出席して情報を得ている。毎月介護サービス相談員の訪問があり利用者、職員と懇談する機会がある。市役所支所担当者が運営推進会議委員に加わることを検討中である。行政との協力関係を積極的に築いている。	

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	身体拘束は行っていない。身体拘束について職員は理解できている。また研修会に参加して自己研さんに努めている。	社協本部、行政関係等の研修に参加して研鑽している。玄関の施錠等はしていない。帰宅願望がある時等は職員間で連携して拘束のないケアに努めている。管理者は言葉がけにも注意し、会議等で話し合い促しをしている。職員がストレスを溜めないよう気配りをしている。	
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	虐待防止についての研修会参加を義務付け研修会に参加して学んでいる。		
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	権利擁護に関する研修会に参加し理解できるように努めている。		
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	契約に関しては時間をかけて一つひとつ内容を確認しながら福祉用語などは分かりやすく説明を行っている。		
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	施設入口に要望箱を設置している。また職員は担当利用者や家族との意見交換や要望を聞くことが出来ている。	運営推進会議への出席、年2回、利用者・家族と面談をして意見要望を聞く機会を設けている。同時に生活状況や体調について説明、居室内の確認をする機会を作っている。面談後は家族、利用者と一緒に食事作りを楽しんでいる。介護用品等の使用に関して要望等が出され反映した経緯を伺った。面会時に家族と話す機会も大切にしている。	
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	事業所所長含め管理者、介護職員で定期的に行われている職員会議やケース検討会で意見交換が行っている。	所長との面談は定期的に行われている。管理者は必要に応じて行っている。毎月所長も出席しての職員会議、ケース検討会、朝夕の申し送り等に意見交換をしている。職員から出された意見、提案は反映されている。	

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
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	事業所所長は年1回面談を行い必要のある時はその都度面談を行って職員に助言や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。		
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	各研修会や介護技術等の研修会に参加し出席できない職員には復命研修を行い職員全体で共有している。		
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	通所介護、訪問介護、ショートステイ等の職員と合同の研修会に参加してそれぞれの立場の意見交換することでサービスの向上に取り組んでいる。		
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	生活のしづらさからくる不安感を少なくするために職員からの声掛けを多くし話す時間を多くとるように心掛け信頼関係が築けるように努めている。		
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	利用者の生活の様子を話すことで家族との関わりの機会を持ち安心して話すことが出来る場づくりを行っている。担当職員を付け細目に情報提供や相談を行っている。		
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	事前のアセスメントや家族からの情報、居宅のケアマネとも連携をとって必要とされる支援を行うよう努めている。		

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
18		<p>本人と共に過ごし支えあう関係</p> <p>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</p>	<p>それぞれの利用者ペースで本人の残されている力を発揮できる作業などを通して職員が利用者から教えてもらうこともある。</p>		
19		<p>本人を共に支えあう家族との関係</p> <p>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</p>	<p>利用者の状況をこまめに連絡し家族とともに今後の支援の方向性や支援方法を話し合っている。利用者の状況を担当職員から詳しく伝えている。</p>		
20	(8)	<p>馴染みの人や場との関係継続の支援</p> <p>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</p>	<p>家族に協力していただき外出や外泊をしてもらいその際近所の人とお茶を飲んだり話をしたりと楽しむことができている。また知人や親戚も気軽に訪ねてきてもらっている。</p>	<p>地域内から入所されているので月行事に近所の方を誘い、お茶会、畑作り等している。親戚、友人の面会が多く気兼ねなく過ごせるよう配慮する、電話を掛ける、絵手紙を出す等の支援をして馴染みの関係が継続されるよう支援している。墓参り、自宅、実家への帰省の希望のある時は家族に知らせ協力を得て実現している。</p>	
21		<p>利用者同士の関係の支援</p> <p>利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せず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</p>	<p>職員が作業やレクリエーションが楽しく行われるよう個別性を考え利用者の中に入って他者とのよい関係が持てるように努めている。時には職員が話題を提供し楽しんでもらっている。</p>		
22		<p>関係を断ち切らない取組み</p> <p>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</p>	<p>退所理由によっては関係性がたち切れとなってしまいう人も見られるが(地域外の人)退所後も築きあげた関係を大切にし関係を断ち切らないよう見かけたときは声掛けなど心掛けている。</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
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)	<p>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</p>	<p>利用者との関わりを深めている中で希望や意向を把握し利用者本位を尊重している。</p>	<p>担当職員が個々の居室内で1対1の時間を作り話すよう心掛けている。得られた思いや意向の内容はアセスメントシートに記載して介護計画に反映する場合もある。特に入居当初の方には話をよく聞くことに徹し、生活歴の理解をしながら意向の把握に努めている。</p>	
24		<p>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</p>	<p>家族会で家族に改めて生活歴を聞き、現在の施設生活の中で取り入れられることは取り入れている。</p>		
25		<p>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</p>	<p>1日の生活の流れはあるものの、本人のペースに合わせてその時に応じた支援を行っている。</p>		
26	(10)	<p>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</p>	<p>毎月行われているケース検討は各担当者を中心に現状報告や今後の支援に対する方向性を話し合い介護計画につなげている。</p>	<p>本人らしく、よりよく暮らすために本人・家族の意向を重視して介護計画を立て、毎月モニタリング、ケース検討をしている。計画立案前には利用者・家族、担当職員が入りケース検討会をして利用者・家族のニーズが反映できるようにしている。変化の見られる時は随時サービス計画を見直し現状に相応しい支援につなげている。</p>	<p>毎月実施しているモニタリングの根拠となるサービス内容や日々の実践記録を工夫され、把握しやすくすることを期待したい。</p>
27		<p>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</p>	<p>日々の様子を個人記録に記録するとともに朝夕行っている引継ではさらに詳しく申し送りを行い職員全体で共有している。</p>		
28		<p>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</p>	<p>診療所の往診、訪問理美容、自宅までの一時外出等、その時に応じて対応を可能な範囲で行っている。</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
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	小中学校との交流、避難訓練時の地域住民の参加等、地域住民との接点を持ち支援を受けている。		
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	地域診療所医師に主治医として対応してもらっている。月1回の往診や利用者の急な体調変化にも迅速な対応が行われている。	地域の診療所医師がかかりつけ医になっている。入院等によりかかりつけ医が一時期変更する時がある。原則として月1回の往診であるが、必要に応じて随時往診、通院が可能となっている。緊急時はかかりつけ医との連携で対応が来ている。専門医受診は、かかりつけ医に相談して専門医受診につなげている。かかりつけ医による全面的な協力により適切な医療が受けられる体制がある。	
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	地域診療所看護師により急な体調の変化に医師につなげている。また、各利用者の体調に関してもその都度相談に乗ってもらいアドバイスをもらうことができている。		
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。	入院期間中は家族が医療従事者と連携を取り、退院に向けての状態把握やカンファレンスに参加し可能な限りグループホームで生活できるよう支援を行う。		
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	入所契約時に説明を行い、他家族会や運営推進会議で主治医から高齢者の身体機能や終末期に関する家族の心構えなど話してもらっている。	入所時に口頭で、重度化、終末期に関する説明をしてきたが、運営推進会議で重度化や終末期に向けての指針・同意書作成の必要性を認め準備を進めている。家族会、運営推進会議に医師から重度化や終末期に関する家族の心構え等話す機会がある。変化のあった時には医師が直接家族に説明し、事業所での看取りに同意された時は家族、医師、職員等の関係者で連携して支援にあたっている。	
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	職員の全員が普通救命救急講習を受講し、救急時の連絡手順や手法を確認している。		

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
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回の避難訓練を実施し地域住民の応援参加の協力をいただいている。利用者の居室に身を守るためのグッズを備えたり職員の連絡網の確認を行っている。	防火管理者資格取得は管理者がしている。8月に日中、台所からの出火想定で訓練を実施した。運営推進委員、地域住民、地元消防団が参加して避難誘導、消火、通報等の訓練を実施した。2回目は1月に予定している。事務室に緊急持ち出し用の段ボール(タオル、マスク、洗面セット他)を用意している。防災頭巾等は居室に用意がある。	停電、断水、寒波等身近に起き得るリスクを含めて災害時に備えた備蓄品のリストの作成をし、なるべく早い時期に備蓄品を用意される事を期待したい。
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	利用者の生活歴や人格を尊重しプライバシーを損なわないよう各職員は意識して言葉かけに気を配りケアに当たっている。	利用者の尊厳を守るためにも利用者の所持品を大切に扱うことを話合いの中で確認し合っている。排泄、入浴は個別対応する、名前の呼び方、言葉かけ等誇りやプライバシーを損ねない支援に心掛けている。利用者との信頼関係を築くよう努めている。	
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	日常生活全般の支援にあたっては本人の希望を確認したり本人の意向を尊重し同意を得てから実施している。自己表現や自己決定の困難な状況の時は職員の声掛けの仕方を工夫している。		
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	職員から声をかけたり提案することはあるが基本的には本人の希望に沿って支援している。		
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	定期的に訪問理美容を利用したり季節や着心地のいい服を利用者と職員が選んだりアドバイスを行っている。		

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
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	職員と利用者が協力して食事の準備を行っている。利用者の持っている力を発揮できるように役割を持って行っている。	野菜の下ごしらえ、調理、盛り付け、後片づけ等本人に合わせてしている。事業所の畑で育てた野菜、ご近所から頂いた野菜を利用する事が多い。希望を聞いて調理していたが、希望内容が減少してきているので献立作成を検討している。家族会に家族と一緒におやき、うどんを作る、外食をする等食事が楽しみとなる支援もしている。	
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	各利用者の嗜好を理解し食事形態の工夫、摂取量の確認や記録を取り観察を行っている。		
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	毎食後職員が付き添って各利用者に応じた対応を行っている。週に2回は入れ歯洗浄剤を使用し清潔を保ち肺炎などの予防に努めている。		
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	各自の排泄パターンを把握し声掛け誘導を行っている。夜間は巡室の際状況によっては声掛け誘導を行うが良眠中の場合は適宜に行う。	健康チェック表で排泄、食事・水分摂取量、バイタルサイン等を把握して排泄支援は総合的に判断している。昼夜共に把握した排泄パターンに添いながら声掛け、誘導をしている。失禁を不安に思ってる方への対応も安心が得られるように支援している。	
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	一日の水分摂取量や野菜を中心とした食事の提供と共に排便管理を行っている。緩下剤服用者は特に便の定量、定性観察を行っている。		

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
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	体調と本人の意向を確認した上で入浴してもらっている本人の気が進まないときは時間を変えたりして本人の意向に沿って入浴できるように配慮している。	毎日、隔日の入浴、時間は夕方から夜にかけて希望されている。望む入浴支援を確保するため退出職員は21時15分までの勤務時間としている。ゆず、りんご風呂等は一律ではなく個人に合わせて入浴している。1日3～4人が入浴している。レベル低下された方には2人介助をして負担の軽減をしている。	
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	利用者個々の生活リズムの把握に努め休息がとれるように努めている。日中のレクリエーションや作業を行うことで適度な運動適度な疲労感から安眠できるよう努めている。		
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	職員は服薬の目的や内容について理解している。薬の変更時や単発の処方時にはミーティングで報告し職員全員で共有し主治医に状況報告している。		
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	日常生活の中で出来る事興味のある事や入所に続けていた事などを見つけ本人の役割として声掛けを行っている。利用者全体で漬物など季節行事に取り組んでいる。		
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	家族の協力を得て自宅や親せき宅に外出する機会をつくって気分転換ができるように努めている。地域の行事には参加できることは参加している。	日常的に隣接の神社、国道までの散歩をしている。希望に添い戸隠のペンション、善光寺御開帳、回向柱に触れるための外出等をしている。一人ひとりの外出希望を叶えるために具体的に検討して支援している。春、秋には外出行事をしている。本人から希望が聞かれた時には家族に連絡し外出支援に協力している。	

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
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	基本的には利用者がお金を所持し使う事が可能な利用者はいない。		
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	電話の取次ぎや電話をかけたい希望のある時は対応している。作業で絵手紙など作り暑中見舞いを自宅に出している。		
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	施設中央に居間食堂があり利用者の共有の場でありいつでも集まれる場となっている。居間は炬燵を作り居心地良く安全に過ごせるように努めている。施設内の整理整頓に心がけ廊下などは案内表示を設けている。	居間、食堂、台所が一体的に造られ、職員、利用者双方が確認し易く安心感のある環境である。居間には炬燵があり横になっている方、食堂でお茶をしながら談笑している方一人ひとりがゆったりと心地よく過ごしている。クリスマスリース、中学生と一緒に作った作品、ちぎり絵などが壁に飾られている。トイレ、居室入口ドア等には解り易い表示がされている。	
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	共有スペースにはソファやテーブルを設置し廊下にはベンチがあり利用者同士で談笑したり一人でテレビ鑑賞して過ごされている。		

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
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	居室には使い慣れた家具や寝具類を使用する事で本人が居心地良く過ごせるよう工夫している。家族の写真や置物などを置き本人の空間を作っている。	寝具、ベットは本人の使いやすい物が置かれている。押入れには衣類、介護用品が収納され家族は面会時に確認して必要な衣類等準備されている。家族からの贈物、事業所でのスナップ写真等が飾られ、椅子、座卓、衣装ケース等がシンプルに置かれ動きやすく、居心地良く過ごせるようにしている。	
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	居室の入り口には名前のプレートがあり自分自身の名前を確認ができるようにしている。施設内の所々に案内表示をして不安や混乱を避けるように工夫している。持ち物すべてに名前を付け扱いやすいようにしている。		

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	26	個人のケア記録様式を工夫し短期目標やサービス内容等の記載項目を乗せ実践記録と共にモニタリング根拠を把握することが出来る事が必要。	目標やサービス内容に沿ったケア記録の実践により目標に沿った評価を行う。	ケアプランに沿ったサービス内容をチェック方式等を取り入れた様式の作成し常にプランに沿ったケアが行われているか確認できるようにする。	6ヶ月
2	35	年2回の避難訓練は行われているが災害等による停電、断水、寒波等に対する備えとして備品の確保やリスクに対する方法を検討しておく必要がある。	事故発生時飲料水や保温シートなど利用者の不安感と健康状態の悪化を伏せぎ安心できる。	災害に備えた備品リストを作成し備蓄品の期間の管理を行い入れ替えをしていく。	6ヶ月
3					
4					
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。