

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	2072501139		
法人名	阿南町社会福祉協議会		
事業所名	まめだかな		
所在地	長野県下伊那郡阿南町西条694-1		
自己評価作成日	平成30年9月27日	評価結果市町村受理日	平成31年2月5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=2072501139
----------	--

【 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30年12月6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ひとりひとりの個性を大切にし、自立した生活が送れるように支援している。
②音楽療法士の職員がいて、施設内外(地域)で活発に活動している。
③季節行事を多く取り入れ、自然とのふれあいや保育園児との定期交流など生活の中で変化を感じ、楽しんでもらえるような活動を行っている。
④家族会を年2回開催し、入居者と家族とのきずなを深められるよう力を入れている。

【 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) 】

平成17年に開設された事業所は10年以上の経過の中で地域での役割を果たしている。事業所を行 事の場所に提供し、防災訓練においては地域の住民と一緒に取り組み、蘇生法の研修を共に実施し、 事業所を地区の避難場所に提供している。また利用者は日常生活で職員との買い物・ボランティアと の散歩等を通して地域とふれあい、繋がり、事業所と共に地域に溶け込んでいる。事業所内において は職員は理念に掲げた利用者の生活歴を大切に考え、一人ひとりの人格を尊重する介護を家族会に 提示し、全員で実践している。そのため家族が事業所へ寄せる信頼は厚い。常に利用者を中心の介護 が行われているため家族会では感謝と共に忌憚のない意見も寄せられ、事業所・家族会の信頼関係 で質の高い事業所を目指していることが伺われる。
--

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()			
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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
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

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。	毎月の職員会で読み上げたり、施設内に表示し共有している。利用者様が重度化してきているが、お一人おひとりに寄り添い続けたい。	理念は、玄関はじめ利用者が集まる居間等事業所のいろいろな場所に表示し、毎朝出勤して確認する職員もいる。毎月の職員会にはレジメに記載し意識的に全員で確認して実践に繋げている。	
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。	まめだかなの駐車場を地域に開放し、第一避難場所に利用していただいたり、消火訓練を地域の方々と協力して行っている。どんどん焼きなど地域行事にも利用していただき交流を図っている。	田上地区の第一避難所であり、施設を福祉避難所としても協定し、避難訓練は毎年、地域住民と一緒にしている。地区のどんど焼きの場所として提供し、利用者も楽しんでいる。近所からの野菜のお裾分けがある。	
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。	音楽療法士の活動を施設内、また地域へ出て開催しており、地域の方々にも大変喜ばれている。		
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。	運営推進会議に問題を提起する中で、委員からの貴重な意見をいただけている。職員の確保については阿南高校の福祉コースへの訪問ができた。委員への報酬も規定により報酬も出すようにできた。	運営推進委員の家族代表は、全家族から信頼されて選出されているので、施設のサービスの詳細まで忌憚のない意見が出されサービス向上に繋がられている。施設側も相談しやすい。	
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。	運営推進会議への出席も含め近隣地域の皆様へ積極的な地域福祉事業の一翼を地域で担っている。	運営推進会議担当の、町の職員との信頼関係が築かれているので、施設の要望等、町に伝えられ協力関係ができています。	
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。	身体拘束について学び、事業所内では身体拘束をしないケアに取り組んでいる。運営推進会議でも議題に取り入れている。	身体拘束をしないケアを決めているが、やむを得ずセンサーマットを使用したり、ベッドを壁側につけるときは、必ず家族に連絡、同意書もらう。施設独自で「身体拘束廃止」の指針を定めて身体拘束をしない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。	虐待防止が含まれる研修に参加し、学習している。各勤務帯で毎回身体状況を含めた報告を行い全職員が注意を払っている。		

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
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。	現状ではご家族、兄弟などが責任をもっており、第三者が加わる方向性のある方はいません。今後必要になってくる可能性も考えられるので、専門機関や職種と連携出来るように勉強していきたい。		
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。	年2回の家族会議で話し合い議題として提起し、要望や提案を聞いている。その他家族からの問い合わせには随時対応している。		
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。	家族会議や運営推進委員会、職員会議などで提起された内容を運営に取り入れています。また、広報まめだかなへ情報掲載しています。	利用者には一人ひとり職員の担当制を敷いている。職員は担当者の家族と強い信頼関係が築かれ、利用者、家族が望む愛称で利用者と呼ぶ関係にもなっている。日常的に面会も頻回にあり、面会時に家族の忌憚のない意見・要望を聞くことが出来ている。	
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。	職員との雇用契約更新時には面接と意見聴取、また各職員と懇談をして、処遇等の改善も行っている。	管理者と職員との信頼関係が築かれており、職員は日常の介護の中や職員会等で管理者に意見や提案を直接伝えている。管理者も提言を受け、介護現場の改善に努め労働条件も改善した。目標管理の面接時にも意見を聞いている。	
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。	近隣施設等の情報を基本に、社会福祉協議会の賃金水準を決めているので、当施設もその方針に基づいています。職員個々の要望や提案を、いつでも聞くことのできる環境づくりを行っている。		
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。	認知症介護研修(県社会福祉協議会主催)や認知症ケア専門士研修、事業所内研修、近隣の研修に参加し意欲的に学んでいる。		
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。	飯田下伊那地域のグループホーム連絡会に出席、情報交換を行っている。また、施設ケアマネージャー研修等で他施設との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。	初期にセンター方式を利用し、ケアマネジメントを行い各個人の生活歴等把握、紐解きシートの活用も充実させていきたい。また、身近な家族が気軽に立ち寄る事で、いつでも近くに身内がいる安心感も持っていたい。		
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。	入所時に今までの状況、これからの希望、当施設の対応等、お話を伺いながら、本人や家族の思いを大切にしながら関係づくりを行い、その後も毎月連携を図り、信頼関係を構築している。施設へも気軽に立ち寄っていただけるように努めている。		
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。	家族からの提案が入所者全員に考えるように手配する方向。また、実際に今まで家族などが困っていた関係が、ホームに入所したことで改善できたこともあり、「その時」に対応できる職員側の支援が適切であるように経験や勉強を活かせる工夫をしながら、初期入所者に寄り添っている。		
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。	一人一人の身体状況や、生活歴を重んじ、出来る事や希望を踏まえて、一緒に取り組んでいる。利用者同士の支え合いも多い。		
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。	家族会を通じて、又は、誕生会や希望による行事、お楽しみ会などこちらの意向をお願いしたり、家族側の意向を受け入れている。また、家族会で施設内、外の環境整備等協力をいただき、ご本人はもちろん、施設も支えていきたいとお話をいただいております。		
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。	この地域で生まれ育った利用者さんは、なじみの人や場への、本人が参加する機会を担当者と家族と一緒に実現している。個人の馴染みの方が面会に来てくださったり、日常の会話の中でも話題に出して元気づけたりできている。	家族と担当者が協力して馴染みの人や場との関係を支援している。利用者の実家のある場所を尋ねたり、実家から馴染みの人が面会に来てくれている。面会者が他の利用者と馴染みの関係であり、話が弾むこともある。	
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。	話好きの方、聞き上手な方、お世話の好きな方など、利用者それぞれの素晴らしい人格が、相手を優しく包み込んでくれます。職員の助言もあり、慰めたり励ましたり良い人間関係を築けている。		

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。	退所され死亡後の家族との交流など続いています。いつでも施設に立ち寄っていただけるような声掛けもしている。		
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。	重度化しており、直接ご本人から思いを伺えない方も増えつつある。生活歴やご家族の方からお話を伺い、利用者本位を探り出す努力を行っている。	意向の把握のできる利用者からは、暮らしの中で聞き取りをしている。面会時、家族会の時に利用者の生活歴、在宅時の様子を詳しく聞き取ることにしている。また利用者を知っている地域のボランティアの方からも、情報を得ることが出来ている。	
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。	ご利用者様、ご家族のお話、関係機関、担当者など幅広く情報収集を行うよう努めている。		
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。	ケース記録には一人ひとりの時間の流れに併せた記録を取っていることから、個々にどのような時間を過ごしているか検証可能であり、日々の出来事や、心身両面の変化にも気を配っている。毎月のケース会議でも共有し、改善・向上策など検討もしている。		
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。	利用者担当制を行い、特に個別支援計画内容について毎月現状報告、改善策等検討している	担当を中心に、利用者がより良く暮らすための情報を家族等から収集し、それを基に介護支援専門員が、介護計画を立てる。職員会で一人ひとりの介護計画を検討している。家族会・面会等で家族は確認している。家族アンケートでは全家族が「説明を受け一緒に話し合っている」としている。	
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	個別介護記録、身体介護記録、日々の日誌、連絡ノートを活用し、各勤務帯での様子や気づき、工夫を共有している。介護支援経過記録も充実させていきたい。		
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。	特に軽度者の場合には「要望」「ニーズ」が本人の不安や不眠、混乱を招く可能性もあり、その時々に応じた施設内サービスを越えた支援が必要な場面があり、その人の近所の方、ボランティアの方の協力を得た多機能化に取り組んでいる。		

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。	阿南町図書館の巡回貸出車を利用し、紙芝居、写真集、絵本、料理本など毎回借りて、職員が朗読したり利用者が読み聞かせをしたり、栄養面に配慮した食事づくりなど力を入れている。		
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。	基本的には定期的な受診は家族同伴をお願いしている。定期的な往診、状態変化時の往診や相談、看護師の訪問もあり、利用者に合わせた他の受診科への受診も行っている。定期的に歯科口腔ケアを受けている利用者もいて、個人のニーズに応じている。	かかりつけ医への定期的受診は家族が付き添うが、事業所の看護師も付き添う。内科・皮膚科・精神科は月1回の定期的往診があり看護師の訪問も月2回行われる。歯科は歯科医の往診・歯科衛生士の指導も受けている。	
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。	当施設が主治医としている診療所と、地域の中核病院である阿南病院、専門の皮膚科、精神科、歯科との連携、交流を行っている。		
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。	利用者の状態に変化があれば、主治医、家族に連絡、情報提供や連携を行っています。入院中も看護師が、病院への訪問、関係者と連絡を取り合いスムーズな退院に向け支援している。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる。	個々の利用者家族と、終末期に向けて話をしており、その希望に沿った対応ができるよう、職員全員で会議などで確認をしている。状態変化が起きた時には必ず医師や家族に連絡し、その都度の対応を心掛けている。	入所時に生前指示書の記入をし、個々の利用者について家族と終末期について話し合いながら、再記入をしている。消防署が近く救急搬送される利用者もあるが「最後までグループホームで」という方もいる。研修して吸引できる職員を増やす計画がある。	
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。	AED利用講習、避難訓練、地域を含めた消火訓練、消防署から指導者を呼んで講習を受けています。消防署への直通の火災緊急通報も設置している。		
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。	当地域を含め周辺を「災害時の地域の第一避難場所」として区長と申し合わせを行っている。この場所が地域の皆さんの安全な場所として位置づけられている。停電に備え非常灯など物品も備えている。緊急連絡も整備し職員連携も図るよう努めている。	地域の人参加して消火訓練を行い、蘇生法についても地域の人と一緒に訓練している。夜間訓練時、火災報知機の音により出火場所が異なることを学んだ。停電に備えておむつ交換時に必要なヘッドライト・電池のランタンを用意している。	

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
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。	施設理念に「その人の人格を尊重して」と基本的に職員側の誠意や想いが「相手」の心に響くような「人間関係」作りを心掛けています。そのための対応が相手の誇りやプライバシーを尊重した声掛けであると確認している。	職員は施設理念「その人の人格の尊重」を具現化するために利用者の生い立ち、生活歴を学び、悲しい思い等また、その人を囲む人間関係まで理解したうえで信頼関係を築こうとしている。方言や愛称も利用者の誇りやプライバシーを尊重したものにしている。	
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	意思表示が困難になってきている利用者も増えてきている。本人の出来る『自己決定』の「見える化」が必要と考えています。その上で思いや希望ができるだけ叶う為の支援を行いながら、施設の生活をより良いものにしていく努力が必要と感じている。		
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。	「その日をどのように過ごしたいか」が理解できる軽度者に於いても、直前の記憶を忘却していく為に、今をどう過ごしたいかの計画性は困難に近いが、本人の嗜好や心地よいこと、好きだった事等気持ちに添えるよう努めている。		
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。	家族が季節毎に着衣のコーディネートしている利用者もいる。付き添って自分で持ちに行ったり、これを着たいと主張できる方もいる。できるだけ本人の思いや希望に合わせ支援している。今後専門職のアドバイザー等の新しい試みも取り入れ支援したい。		
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。	希望を聞いたり、利用者と一緒に近くのスーパーに買い物に行きます。職員が毎回順番に手作りの美味しい料理を提供し、一緒に楽しく準備、片付けもしている。テラスで食事をしたり、外食したりして美味しく、楽しく食べられる工夫をしている。	食材の買い出し・エプロンたたみ・座ってできる野菜等の皮むき・食器の片づけ等利用者それぞれに合った準備を職員と一緒にに行っている。誕生日・季節の行事食も豊富で、ソフト食・軟菜食も常食と変わらない色彩・味で嚥下の困難な利用者に喜ばれている。	
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。	一人一人の健康チェック表に、排泄や睡眠、水分食事量などその都度記入し、申し送りを行っている。体調にも配慮し、食事の形態や嚥下しやすい体位等の工夫も行っている。介助も一人ひとりに合わせて行っている。		
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。	毎食一人ひとりの状況に合わせて行っている。定期的に歯科医師の往診や、歯科衛生士の口腔ケアの指導、アドバイスも頂いている。		

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
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。	尿意の訴えを大切に、希望時はトイレにつきそう個々の能力に合わせ、できることを見守り、声掛けや支援を行っている。個々に排泄の状況の記録を行い、それをもとに支援している。	排泄の自立は1名で、ほとんどの利用者はおむつで対応している。頻回な訴えにも対応し、排泄のパターンを記録して、一人ひとりの排泄に丁寧に対応している。排泄後の支度もできるだけ利用者に任せ最後に職員が整えるようにしている。	
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。	自然排便を大事にしている。個々の記録に毎回排泄の状況をチェック。便秘、下痢など状況把握をして対応している。状態により看護師、主治医へ報告対応している。研修へも参加し、より良い対応に心掛けている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている。	自分から入りたいという利用者はいないが、入浴を拒否されることはほとんどない。重度者は入浴が困難な環境の為、隣接のデイサービスに年間契約し、費用を支払って特浴に入れていただいている。	入浴を拒む利用者はなく、楽しみにしている利用者が多い。重介護で一般浴に入れない利用者は近くのデイサービスの特別浴槽を喜んで利用している。冬至にはゆず湯を楽しんでもらう。	
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。	行事など特別な場合を除いて、日々ゆったりと時間が流れるように自由に部屋とホールの行き来をしている。不安を訴える利用者にとっては一緒に付き添って安心して眠れるよう配慮している。		
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。	診療所、専門医(神経科、皮膚科、歯科、婦人科等)など個々の服薬状況も異なっている。看護師が窓口となり、主治医との連携、職員への連絡を行い各勤務帯で統一し適切な対応ができるよう支援している。状態により臨時薬も最低限に使用している。		
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。	利用者さんの生活歴や好みを把握して、各勤務帯で、様々な工夫をしながら関わっている。音楽療法士による音楽、町の巡回図書館を利用した紙芝居や読み聞かせ、折り紙、散歩、手伝い、行事への取り組み、地域や保育園児との交流などです。		
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。	施設周辺の散歩、老人福祉大会への参加、食事も、菊花展覧会、家族との外出、ボランティアの方とウォーキング等支援を行っている。重度の方は入浴の為にデイサービスの特浴に通う。ショッピングセンターへの買い物、社協本所までのごみ捨て等声掛けをし、外出の機会を持てるよう配慮している。	二人のボランティアが週4日定期的に、利用者の散歩を中心に支援してくれる。老人福祉大会・菊花展・食事も・食材の買い出し・友人のお墓参り・実家訪問等、職員・家族と日常的に外出している。	

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。	軽度の利用者には、自分の財布を持って定期的に近くのショッピングセンターに買い物に行くようにしている。また、自発的に食材購入の買い物についていく事もある。買い物に行けなくても商店のチラシで価格や品物など話題を提供して話をしている。		
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。	家族会やお盆には手紙を書きます。正月には年賀状を送るようにしています。電話は希望があればいつでも出来るようにしてあります。		
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。	季節感を感じられるように、一緒に野の花を摘みに行ったり、実をとってきて観賞し喜んでいただけました。栗やりんご、インゲンなど季節の食材も下処理を得意げに手伝ってくれ、美味しく食べられました。個室環境、温度調整、空気の入れ替えなど日々の状況や時間に応じて適宜調整しています。	季節を感じられるように、いが付きの栗・野の草花を飾っている。廊下の椅子に座って外を眺め、沢山貼りだされている写真を見ている利用者も多い。ラジオ体操は動物の小さな人形の音声に合わせて楽しんで行っている。	
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。	気の合う利用者様同士の空間であったり、共同空間へのカーテン仕切りで一人でいられたり、ソファを設置し利用していただいている。		
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。	各部屋で落ち着ける様長年住み慣れた家の屋号を表示したり、馴染みのタンス、大切にしていた品、家族との写真展示等ご本人の好きなものを置き、落ち着いて過ごせるよう配慮している。好みや状態により布団やベットを利用していただいている。	長年使用した馴染みの家具が配置され、布団を利用している利用者もいる。壁には家族の写真・誕生日のお祝いの色紙がある。全室エアコン付きで温度計湿度計が用意され温度調整もされている。	
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。	職員の食事作りのサポート、壁飾りの作成、利用者同士の会話、来客者のお茶の接待、買い物同行、洗濯物の取り込み、重度者への声掛けや見守り各個人に合わせ支援している。杖歩行、車椅子等必要な福祉用具を安全に利用できるよう努めている。		

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。

2019.01.11修正分

【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	12	就業環境の整備 給与水準の改定を行う方向性「町長」からは特養阿南荘並みの給与の水準に社協の給与を上げる提案を頂いている	しかしながら、原資がなければ給与をあげられない中での、職員給与を上げる取り組みをどのように行うのかの一環の中に「まめだかな」もあります。就業環境をどのように整えていくのが今の最も重要な管理者に向けられた課題として目標の第一ではある	地域福祉、法人運営等の運営資金を町が負担いただくことが完全に可能になることが、目標の第一としてあげられる。でなければ介護保険の収入をすべて地域福祉につぎ込んできた平成28年までの総額は阿南町に対して4億円なることを町も理解いただき29年から相当額のご支援を頂く方向になり、職員給与の改善の第一議段階の取り組みが可能な方向になっています。	2年ヶ月
2	61 (30.31) とも	利用者の健康管理面での課題として「現在インフルエンザA型の地域での蔓延が「まめだかな」にも押し寄せていまして、非常事態と言える状況下での対応が厳しい	母体社協も含めてA型蔓延状況で保健所などに届けでも、グループホームは非常時に職員配置に余力がないなかで看護師の配置を行っているので、非常事態からの脱却のために安心した体制を整えることが可能になる方向性を確立したい	インフルエンザなどの正しい認識をもち、職員は不安から解消できる知識と情報を共有しながら、罹患利用者の回復のために、全力をあげる。今回は直ちに保健所・町関係機関に報告は行っただが、地域での拡散の元にならない対策を進めなければならないと感じている。	直近ヶ月
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。