

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番地1	
自己評価作成日	平成25年9月8日	評価結果市町村受理日

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://www.kaigokensaku.jp/
----------	---

【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 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25年10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)】

近くには神社や川があり自然あふれる環境の中で季節を感じながらゆったりと皆で生活しています。グループホームには専用の畑があり、自分たちで作った野菜を食べることができます。また入所されているほとんどの利用者が、以前農業を行っていた方が多く種まきから収穫さらにおいしい調理方法までアドバイスを頂きながら職員と一緒にしています。各利用者には担当職員がつき個別に合わせた支援を提供するとともに家族ともコミュニケーションが取れるよう力をいれています。また地域住民の方々との交流も行われており、今後も協力を得ながら楽しく過せるようお手伝いさせて頂きたいと思っています。

【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)】

要介護度は平均2であるが高齢化は進んでおり、畑仕事等の手伝いは減っている。しかし、利用者には笑顔が多く、話し好きである。それらを支えているのが、「報連相」に徹した職員間のコミュニケーションの良さと利用者と共に暮らそうとする温かい姿勢や利用者が1日を楽しみ過ごしてほしいと願う職員の心である。管理者を含めて、何でも話し、活発に意見交換し、個としての職員の力でなく事業所全体で利用者をケアするよう取り組んでいる。家族とのコミュニケーションの良さ、利用者がそれぞれの役割をもつての調理、希望により何時でも利用できる入浴、日常的な外出、寛ぎ空間の畳の間など利用者が一人ひとりの力量に応じて、自宅に居る時と同じように、安心して暮らし続けられるよう取り組んでいる。歴史ある鬼無里に脈々と流れている文化と伝統、豊かな自然の中であくせくすることなく、寛いだ気分でゆったりとその人らしく暮らし続けられるよう取り組んでいる職員のためまい、地味で篤い心が感じられた。

・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		項目	
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、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+)- + (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)	<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>運営理念 方針 を掲示し踏まえた上で利用者に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。</p>	<p>自然と伝統、人間味のある地域との交流、ゆったりとした時間の提供など人間の暮らしの根底をとらえた事業所独自の理念を持ち、玄関や事務室に掲示し、パンフレットに明記するなど職員等の理念の共有化を図っている。職員会議やケア会議では必要に応じ、理念との整合性を話題にしながら検討している。創設以来の理念であるが、いまだに色あせない、暮らしの本質を突いた理念となっている。</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>小学校で行われた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々が野菜を差し入れしてくれたり、近所のスーパーへ買い物に行く等交流が取れている。</p>	<p>地域と馴染みながら暮らすことは理念にも明示し、地域行事参加(神社の祭り)、小・中学生との交流、クリスマス会への近隣住民の招待、避難訓練への地域の方の協力、事業所周辺の日々の散歩、近くのスーパーへの買い物など地域で暮らしていく、当り前の近所づきあいが自然に行われている。ボランティアの受け入れや地域の研修会への講師の派遣も行っている。</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>防災訓練やクリスマス会には近所の方にも参加頂いている。その際実際に利用者に関わることで、理解して頂いている。</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>運営推進会議では入居者の状況報告 活動報告が行われている。また地区長を始め委員の方に意見やアドバイスを頂きそこからサービスにつながることもある。</p>	<p>行政、地域、家族、老人会、医師の参加の元、年6回、近くの公民館で開催している。家族は委員になっているが、参加は少ない。外部評価、事故、事業所の現状等が報告され、委員との意見交換は活発に行われている。利用者の様子を伝えるDVDの観賞があり、良い取り組みと思われる。</p>	<p>平日の昼間の開催のため家族の参加が少ないが、家族会との合同開催、会議の曜日・時間等の工夫により、家族が参加しての会議となることを期待したい。一般への会議録の公表は出来ているが、欠席した家族には手紙等による確実な公表が望まれる。</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に取り組んでいる</p>	<p>市担当として、地域包括センター職員に運営推進会議に参加して頂き アドバイスや指導を頂いている。</p>	<p>母体が市の社協であるため、連携や協力関係は十分に築かれている。各種の介護保険関係の情報把握は出来ており、包括支援センターを軸に良い連携が保たれている。</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)	<p>身体拘束をしないケアの実践</p> <p>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</p>	<p>身体拘束は行われていない。職員会議で拘束について話しをしたり、研修に参加したりと職員も理解をしている。</p>	<p>身体拘束しないケアについては、年度初めの会議で人権やプライバシー保護も含めて学習し、認識の共有化を図っている。玄関等の施錠はなく、見守りに注意を払うと共に、地域との繋がりの中で住民の見守り環境が出来ている。現在は帰宅願望者は居ないことを伺った。</p>	
7		<p>虐待の防止の徹底</p> <p>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</p>	<p>研修会等に参加をして学ぶとともに職員も一人で抱え込まないよう状況を共有し話しあうようにしている。</p>		
8		<p>権利擁護に関する制度の理解と活用</p> <p>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</p>	<p>研修会に参加し知識を得ている。今後もさらに皆で知識を深めたい。</p>		
9		<p>契約に関する説明と納得</p> <p>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</p>	<p>契約に関しては分かりやすく説明をするともに相手に緊張させない雰囲気を作り安心して理解頂けるよう心がけて行っている。</p>		
10	(6)	<p>運営に関する利用者、家族等意見の反映</p> <p>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</p>	<p>施設入口には要望箱を設置している。また各担当職員から気楽に話しかけることにより利用者、家族の意見や要望を聞くことができています。</p>	<p>利用者の担当制を実施したことにより、利用者や家族とのコミュニケーションが良好になり、意見や要望を聞き出すことが出来ている。要望等はノートに記録し、全職員に回覧し、情報の共有化を図り、常に同じように接することが出来るよう努めている。年4回のたより、年2回の家族会、必要に応じてのこまめな連絡等家族との繋がりがりや信頼関係を大切にしている。</p>	
11	(7)	<p>運営に関する職員意見の反映</p> <p>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</p>	<p>介護職員、管理者、事業所所長とともに職員会議が毎月行われており毎回時間オーバーするほど、良い意見交換が行われている。</p>	<p>管理者と職員とのコミュニケーションは良好であり、職員会議では忌憚ない意見交換が行われている。人事考課制度があり、年1回(必要に応じて随時)個人面談が行われ、思いや意見を提起できる機会となっている。都合による退職はあるが、馴染みの関係維持のため異動への配慮が施されている。</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
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	事業所所長が定期的に面談を行い各職員への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	研修会や学習会が行われるときは参加を呼び掛けている。また出席出来ない職員に対しては報告書を作成し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	デイサービスやショートステイ等の職員と合同で研修を受け、それぞれの立場から意見交換をすることで、介護のヒントを得ることもある。		
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	初めは職員からの声掛けを多く持ち信頼関係を築いた上で少しずつ本人の意向を受け入れ満足出来る支援が提供出来るよう努めている。		
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	利用者同様、職員から声をかけて行き、家族が安心して話することができる雰囲気を作っていく。また担当職員をつけることで、なお職員と近い関係になれるよう努めている。		
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	事前情報や家族からの情報また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えるよう努めている。		

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		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	それぞれのペースで、出来ることを行って頂いている。(洗濯物たたみ 食事作り 等)食事作りでは職員が利用者に教えてもらうこともある。		
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	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あっている。年4回発行されているおたよりでは利用者の状況を担当職員から詳しくお伝えしている。		
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	家族に協力して頂き、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、話しをしたりと楽しむことができています。また旧知人の方々も気軽に訪ねてもらっている。	昨年行った誕生日プレゼントとしての自宅に戻り、家族の協力を得ながら、近所の方との交流を楽しむことは、今年度は2名となり、次年度に繋げる企画としている。知人や友人が訪ねて来る方、これまで利用していた事業所近くのスーパーへ買い物をする方、家族の協力により墓参りをする方等これまでの関係が途切れない支援をしている。	
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	職員が利用者同士の中に入り作業や、レクリエーションが楽しく行われ、他者との良い関係が持てるよう努めている。時には職員が話題を提供し、楽しんでいただいている。		
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	退所後も築き上げた関係を大切に、関係を断ち切らないようにしている。		
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	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、本人の気持ちを尊重している。	センター方式の部分活用により、基本情報として思いや意向を把握し、一人ひとりの利用者が事業所の中で存在感を持って過ごせるよう支援している。良好なコミュニケーションを土台にして、家族等からも情報を得て、利用者の得意なこと(そば打ち・米ときぎ・野菜作りの指導など)、暮らしへの希望等を聞き出し、事業所の中で実践していくよう努めている。	

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
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とりいれている。		
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	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。		
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	毎月行われている会議で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。	センター方式を活用した基本情報を土台とし、「出来ること、出来ないシート」で課題分析し、利用者や家族の希望を取り入れ、かかりつけ医のアドバイスも加えて、計画作成担当者が介護計画を作成している。毎月担当者を中心に評価票により利用者や家族の満足度と実施状況を把握している。3か月に1度、ケアプランの見直しを行い、状況変化に応じた随時の見直しも行われている。	毎日のケア記録に生活記録とケアプランの実施状況が区分なく記入されているが、モニタリングの際には煩雑になるので、記入の色を変えたり、記入欄の区分をする等の工夫を期待したい。評価票は毎月の評価が記入されているが、3か月を通しての全体の評価の記入がない。全体評価の記入欄を設けるなどの工夫により、次のプランへの移行を分かり易くす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	日々の様子を個人記録に記録するとともに朝、夕に行われているミーティングではさらに詳しく申し送りが行われ、職員全体で共有ができています。		
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	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た対応が出来る範囲で行われている。		
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	小中学校との交流。避難訓練時の地域住民の参加等、地域住民と接点をもち支援をうけている。		

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
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、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>地域診療所医師に主治医として対応してもらっている。2カ月に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。</p>	<p>利用者や家族の了解を得て、診療所の医師がかかりつけ医になっており、2か月に1度の往診を受けている。利用者の健康状態に応じて随時の往診も行われている。歯科等の専門科は基本的に家族が付き添い、事業所からの情報提供を行い、受診結果の報告も受け、利用者の心身の情報の共有化も図っている。入院等の手配はかかりつけ医の判断で行い、情報もかかりつけ医を通じて得ており、医療との連携は保たれている。</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>地域診療所の看護師により急な体調の変化に対して医師につなげてくれる。また各利用者の体調に関してもその都度相談に乗ってくれ、アドバイスももらうことができている。</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>入院期間中は家族や医療従事者と連携をとり早期退院に向けて支援し、可能な限りグループホームで生活できるよう支援している。</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>入所契約時に説明を行っている。家族の意向が変わることもあるため改めて主治医、関係者と話し合い方針を確認し、皆で共有していく。</p>	<p>重度化や終末期の対応は利用時に口頭による説明を行い、家族等との合意は出来ている。かかりつけ医や看護士の協力を得る環境はあるが、医療対応が多い場合は設備等が整っていないので、受け入れが困難な場合がある。思い違いや気持ちの変化があるので、該当する事態が生じた場合は再度の話し合いを行っている。</p>	<p>終末期等の対応は文書による明文化が良策と思われるので、対応指針を文書化されることを期待したい。なお、文書は固定化し、事業所を拘束するので、見直しを随時行い、現状に即した内容となるよう配慮することが望まれる。</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>職員の全員が、普通救命救急の講習を受講している。また職員連絡網も避難訓練の際に訓練が行われている。</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>年2回避難訓練が行われている。夜間を想定した訓練では一人での避難誘導が行われ、各職員が改めて確認することが出来た。地域住民の応援参加もみられる。</p>	<p>年2回(昼と夜想定)全職員参加の下、地域住民や消防署の協力を得て、防災訓練を行っている。連絡網による呼び出し訓練も行っている。ヘルメット等の防災設備、自動通報装置、スプリンクラーの設置、居間からの避難路のスロープもあり、災害への備えは整っている。</p>	<p>地域の消防団の事業所の現場周知と管理者以外の職員の防火管理者の資格取得は今後の課題と思われる。</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	利用者の人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねないよう言葉かけから気を配るよう各職員意識をし支援にあたっている。	毎年、人権やプライバシーに関する研修会を行い、利用者が誇りや尊厳をもって暮らしていけるよう支援している。個人情報については関係書類は事務室の鍵の掛かる保管庫に収納され、ケア記録等は事務室で行っている。日頃の言動のチェックは管理者が行い会議等を通じて注意を促している。同性介護に配慮しているが、男性介護員が多いため、利用者の同意を得て介護している。	
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	入浴等もふくめ、支援にあたっては本人の希望を確認し同意を得てから実施している。また遠慮してしまう利用者に対しては声のかけ方を工夫しなるべく自己決定が出来るよう努めている。		
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	職員から提案することはあるが、基本的には利用者本人の意見に沿って支援にあたっている。		
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	2か月に1回訪問理美容を利用している。また季節にあった洋服が着用できるよう職員からアドバイスすることもある。		
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	職員と利用者で協力をしながら、食事の盛り付けや洗い物、米とぎ等それぞれの役割を持って行われている。	調理は下準備、片付け、テーブル拭きなどそれぞれの役割を持ちながら、職員と共に行い、同じテーブルを囲んで楽しく会話をしながら食事を摂っている。家族会では、利用者・家族・職員が一緒になって餃子やおやきを作り、食事に係わることを多くして食事が一層楽しみあるものとなるよう努めている。畑で採れた野菜、お裾分けの野菜や果物を活用し、今ある食材を勘案して調理担当職員が献立を作成している。近くの旅館での敬老祭外食、ドライブ外食も楽しみの一つになっている。	
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	毎食の食事摂取量を記録し観察を行っている。また魚の嫌いな利用者に対しては野菜とあえたりと工夫をしている。		

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に、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	毎食後各利用者に応じた対応を行っている。また週に2回は入れ歯洗浄剤を使用して清潔を保っている。		
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	本人の排泄パターンを把握し声掛けや誘導を行っている。夜間に関しても本人(車椅子利用者)がトイレでの排泄を希望されるときは応じている。	トイレを使つての排泄をケアの基本とし、排泄サインの把握や排泄パターンにそつた声掛け、手を引いての誘導等を行い、気持ち良く排泄が出来るよう支援している。排泄パターンにそつた、夜間での誘導でおむつからの改善が出来た事例があることを伺つた。排泄に失敗することもあるが、健康維持にとつての排泄という観点に着目してのケアが大切と思われる。	
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	水分摂取や野菜を中心とした食事を提供するとともに、排泄チェックを行い管理をしている。また下剤を服用している利用者は特にその後の排便確認に気を配っている。		
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、個々にそつた支援をしている	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。その時に入りたくないと言われる利用者さんへは時間をずらし、納得して入浴されている。	月～土曜日の午後、1日3～4人の方が入浴している。毎日入浴する方、夜間に入浴する方もおり、一人ひとりの希望に応じて対応している。同性介護に努めているが、困難な場合は同意を求めて行い、自分で出来るところは自力で行う介助対応をしている。リフトを利用する程の重度者は居ないが、部分的に2人対応の介助を行い、安全への配慮をしている。	
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	利用者の生活パターンの把握に努め休息が取れるように考慮している。日中レクリエーションや作業等へ参加され適度な疲労感から自然に休めることを考えている。		
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	各職員が内容、目的について理解している。薬変更時はミーティングの際報告し、情報を共有している。また服薬時は必ず職員2名で服用を確認し誤飲防止に努めている。		

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	
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	日々の生活の中で出来ることを見つけ本人の役割としていただき、自信や活気につなげられるよう努めている。また職員も常に新しい 出来ること を考えている。			
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	地域の行事にも可能な限り参加している。その際の外出は気分転換になっている。また家族の協力で自宅まで外出することもあった。	事業所の隣にある神社に日常的な散歩を行っている。常設のベンチもあり、体操やレクリエーションを楽しみ、気分転換や五感の刺激となっている。計画的な外出として花見や小川村までのドライブを実施した。日頃は地域の方と接触する機会は少ないが、畑仕事に来る方との挨拶などは行われている。家族協力による墓参り、小学校の音楽会、スーパーへの買い物等もあり戸外に出る機会が多くなるよう努めている。		
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	現在金銭を自己管理されている利用者はいない。			
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	電話の取り次ぎや、電話をかけたいと希望されるときは応じている。			
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	整理整頓がされており、安全に過ごすことができる。また居間は利用者がいつも集うことができるテーブルが置いてあり、冬はコタツになり居心地の良い場所となっている。	共用空間は食堂・台所・居間(畳の間)があり、利用者が集い、寛げる場所となっている。居間は冬期は炬燵が設置され、横になって居眠りしたり、足を温めてのんびりとした時間を過ごす場所になっている。又、寝室としての利用が多くなっている居室に戻るまで、自宅と同じようにテレビを見たり、おしゃべりしながら過ごしている。壁には中学生の貼り絵作品、利用者の作品も飾られ、季節に応じた飾り付けが行われている。玄関には、行事等を楽しむ利用者の様子を撮った写真が展示され、来訪者の目を楽しませている。	居間の横にある物入れ棚の入り口にドアがないが、寛ぎの空間として違和感があるので、カーテン等で仕切るなどの配慮を期待したい。	
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	共用スペースにはソファやテーブルコタツが設置してある。廊下にあるベンチでは一人でゆっくりと過ごされたり、仲間と談笑される姿が見られる。			

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	自宅で実際に使用していたベットや家具を置くことで本人の空間として過ごすことができている。家族の写真を飾っている利用者もいる。	利用者がこれまで馴染んだ、ベッド・寝具・家具・写真等が持ち込まれ、常設の収納棚に衣類等が整理されて、一人ひとりの好みに応じて居室作りをしている。共用空間で過ごす時間が多いので、居室は寝室の雰囲気があり、さっぱりと整理整頓が行き届いている。室温はエアコンによる冷暖房管理であり、床はフローリングであり、明るく、清潔で、ゆったりと居心地よく過ごせる配慮が来ている。山間であり、二つの川の合流点近くのため、湿気対策として、毎週布団干しを行っている。	
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プレートがあり、自分自身で居室を確認することが出来る。トイレや浴室にも表示をし分かりやすくなっている。		

目標達成計画

作成日: 平成25年11月5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	33	入所の際終末期については説明を行っているが文書では行っていない為混乱を防止するためにも文書による説明が必要。	終末期の内容を文書化し施設としての指針を明確にしていく。	終末期に対して文書化するとともにその都度家族と話し合いを持っていく。	6ヶ月
2	26	日常の記録とケアプランに対する記録の境が曖昧なため後に見直した時に分かりづらい面がある。	一目で見て分かりやすい記録用紙を作り使用することで利用者の意向を迅速に把握できるよう目指していく。	他施設や、外部評価でアドバイスを頂いた点をくみこむとともに、それをさらに施設で使いやすいよう改良した様式を作る。	6ヶ月
3	35	現在防火管理者は施設管理者が兼務しているが男性職員が多いという事も考え、指示出来る職員の増員が必要。	施設管理者の他にも防火管理資格者を増やし施設の安全把握に努める。	次回行われる防火管理者の資格取得講習会に参加をし資格取得を実践する。	6ヶ月
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。