

### 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	2071000141		
法人名	社会福祉法人 駒ヶ根市社会福祉協議会		
事業所名	駒ヶ根市 認知症高齢者グループホーム ほほえみの家		
所在地	長野県 駒ヶ根市 赤穂 14番地 722		
自己評価作成日	平成27年9月15日	評価結果市町村受理日	平成28年2月3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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a>
----------	---

【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17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)】

利用者さんご本人が出来る事をしながら、楽しく暮らせるよう、お手伝いします。  
季節の食材を使った手作りの食事や行事食を楽しんでいただいたり、季節の移り変わりを楽しめる外出支援を行っている。  
認知症の進行や体力低下を防ぐための体操やドリルなどの活用も行っていきます。  
家族や知り合いの方が気楽に来て頂ける雰囲気を目指しています。

【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)】

事業所の周辺は民家は少ないが、アパート等が並び、道路を隔て同社会福祉法人が運営する通所事業所が隣接し続いて公園がある。事業者内の中庭、テラスにスロープが設置され畑に出易い構造である。中庭の草取り、畑作り、日課にしている公園への散歩等は四季を感じる事が出来、地域の方々との触れ合いの場となっている。通所事業所との交流も含め地域で共にくらす事を目指している。家族会を年7回実施、機会ある毎に家族との面談も重ねている。ケア会議(職員会議含む)を月2回開催、年度当初に法人本部関係者と懇談をしている。利用者・家族、職員からの要望意見を聞く機会を多く持ち、出された内容について検討して利用者のサービス向上に向けて改善が図られ、利用者・家族、職員との信頼関係を築いている。理念に関して前回の評価を機会に管理者、職員で見直しを行い、理念の実現に向けて年度毎に目標を定め理念が実践に活かされて来ている。

・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		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	項目
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、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
<b>理念に基づく運営</b>					
1	(1)	<p>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</p>	<p>理念を作り、玄関前に掲示し、全職員で共有して実現に向けて取り組んでいる。</p>	<p>一昨年、評価を受けて重点課題に取り上げて管理者、職員で今までの理念を基本に見直しを行った。理念を実践可能にするために年度毎に目標をつくり掲示している。ケア会議等で困難な状況になった場合には理念に戻り話し合っている。新入職員には入職時に説明をして理解されるよう努めている。</p>	
2	(2)	<p>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</p>	<p>日常的ではないが、防災訓練・地域行事等できる範囲で交流している。 地域のボランティアさんの受け入れもしている。</p>	<p>事業所発行の便り「かぼちゃ通信」を地区の3常会に回覧をしている。市のふれあい広場、地区運動会、文化祭に出掛ける、青年海外協力隊の方と年4回、郷土食事作り、レクリエーション、草取りなどをして交流をしている。ボランティアの方が併設の通所事業所来所時に出掛けて交流している。散歩中の関りも含め地域の繋がりの中で日常生活が営まれている。</p>	
3		<p>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</p>	<p>第2土曜日を相談日としているが、あまり活用されていない。 交流を通し認知症の人と接する事で理解してもらおう機会としている。</p>	/	/
4	(3)	<p>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</p>	<p>2ヶ月に一度、運営推進会議を開催し、利用者状況・運営状況を伝え、意見を頂いている。</p>	<p>年6回開催、区長、民生委員、ボランティア代表、法人代表、行政、家族代表、職員で構成。利用者・運営状況の報告をし、委員間で意見が交わされサービス向上に向けて反映されて来ている。暑気払い、クリスマス会等に利用者と一緒に食事会をして事業所の理解を深める機会を作っている。</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
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	2ヶ月に一度、サービス相談員が来所し、利用者・職員と懇談しながら、アドバイスを頂いている。また、市の方への働きかけも頂いている。市担当者にも運営推進会議に出席して頂いている。	保健福祉課には利用者の入所・退所、生活保護等に関わる相談を中心にしている。2カ月毎に介護サービス相談員が訪問し利用者、職員と懇談し時には状況を行政に伝えられることがある。行政が開く研修会・説明会に出席する等して情報を得ている。	
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	玄関の施錠は、夜間以外は行っていない。全職員が禁止の対象となる行為を理解できている。転落防止の為にマット及びセンサーマットは利用している。(家族の許可を取っている。)	行政が開催する研修会に参加して、ケア会議で復命をしている。言葉使いへの配慮、出入口に施錠をしない等職員は身体拘束をしないケアの実践を意識している。排泄行為に関わる生活への障害が出ており、試行錯誤をしている状況をうかがった。	やむなく一時的に拘束行為が生じた時は、本人・家族に状況説明をし合意を得て事業所にある「身体拘束の記録」及び定められた書式の手順に添い管理者はじめ職員は拘束解除に向けた取組みを具体的にされることを期待したい。
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	研修会に参加し、内容を皆が共有し、注意、防止に努めている。		
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	研修会に参加し、内容を皆が共有し、活用できるように支援している。社協事務局に管理をお願いしている利用者もいる。		
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	契約時には、納得できるよう質問を受けながら説明を行なっている。改定の折にも家族会に諮り、皆様に納得して頂いている。		
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	家族会を年7回開き、意見を出して頂くと共に、運営推進会議の折にも家族会会長から意見を出して頂いている。利用者・家族等の意見・要望を気楽に伝えてもらう雰囲気作りにも努めている。	家族会を年7回開催して事業所の運営説明をし、出席者から意見要望を聞いている。室温が低い等の意見が出され、ストーブの購入、窓ガラスを二重サッシにする等出された意見要望が反映がされている。必要に応じて管理者、介護主任で利用者・家族と個別に話し合う機会をつくり意見や要望が伝えられる機会も作っている。	

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
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2回のケア会議や年1回の職場懇談会を通じて、意見や提案を聞く機会を設けている。	月2回ケア会議(職員会議)があり、意見要望を出し合い検討している。必要に応じて管理者との面談がされている。要望意見をまとめて6月に社協会長、事務局長、次長と職員との懇談会が開かれている。物干しの件をはじめ環境整備に関する意見が反映されている。職員間で意見が出し易い環境作りをしている。	
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	事務局へは、勤務表・夜勤状況の報告を行っており、職場懇談の時に、環境整備の要求をしている。利用者の状況に応じて、勤務形態の変更が必要な場合、逐一報告し、相談している。毎月できるだけ職員各自の希望に応じた勤務形態として、体調家族の状況に配慮している。		
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	個々に見合った研修会への参加の機会を作っている。		
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	社協職員全員での研修会への参加や社協組合を通じ交流する機会を持っている。多くの研修会に参加することで、他事業者との交流も含め、質の向上につなげている。		
<b>安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前情報及び面談により安心して入居できる環境を作ると共に、入居後の本人との話や様子を見ることで、安心して暮らせるよう支援している。 「24時間生活変化シート」の活用。		
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	契約の段階で、要望・困っていることを聞いている。また、来所時に個別懇談を行ったり、職員に気楽に話せる環境づくりに努めている。		

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
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	本人、家族の方たちが必要としている支援(主治医、排泄ケアの方法等も)の対応に努めている。		
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	掃除、洗濯物たたみ、草取り、畑仕事等できる事はして頂くようにしているが、利用者によっては介護される一方になり易いため、苦慮している。		
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	家族との絆を大切に、行事、家族会の折に出席してもらっているが、それ以外は、だんだん足が遠くなってしまう。		
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	馴染みの方にはいつ来て頂いても良い環境にしているが、家族と出掛ける事が受診以外は限られて来ている。	友人、親せきの方々の面会を大切にしている関係が継続できるよう職員は配慮している。面会時にお茶を出す、外出時は出掛ける準備を手伝う等見守りながら支援している。電話で話したい、便りを出したい等の要望に応えている。年賀状は一言添える、なるべく自筆で宛名を書く等して関係が続いている事が伝わるよう工夫している。	
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	利用者同士穏やかに過ごせるようテーブル席の場所を工夫し、何かあった時には職員が対応できるように支援している。		
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	退居した家族や知人が来所したときには今まで通りに対応している。季節の便りを出したり、相談に乗っている。		

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
<b>その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント</b>					
23	(9)	<p>思いや意向の把握</p> <p>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>【私の姿と気持ちシート】を利用することにより、本人の希望や意向の把握に努め、ケア会議などで検討している。</p>	<p>思いや意向が把握されて時には記録して引き継ぎ時に申し送りをしている。帰宅への希望等は家族に連絡して希望が叶うようにしている。入所時には職員が分担して「私の姿と気持ちシート」に記載して把握に努めている。いつもと違った状況にある時には、自室で1対1の時間を作り意向を把握するよう努めている。</p>	<p>思いや意向の把握に努められているが、日常的に一人ひとりの利用者に寄り添う中で得られた思いや意向の内容により介護計画に反映する、事業所として何が出来るか等具体的に検討されることを期待したい。</p>
24		<p>これまでの暮らしの把握</p> <p>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>入所時に生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境等の聞き取りを行い、情報シートに書き込んでいる。毎日の会話の中から気づいた点を共有する事で把握するよう努めている。</p>		
25		<p>暮らしの現状の把握</p> <p>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>個別ファイルを出勤時に確認している。毎日の暮らしの状況を個別ファイルに記録しつつ、変化があれば、連絡ノート・ケア会議で共有している。</p>		
26	(10)	<p>チームでつくる介護計画とモニタリング</p> <p>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>本人・家族の意向を確認しつつ、職員作成の【私の姿と気持ちシート】を活用した上で、介護計画を作成している。ケア会議、日々の意見・アイデアなど出し合っている。</p>	<p>本人、家族と話し合い意向の確認をしている。「私の姿と気持ちシート」等を活用してアセスメントをして介護計画を作成している。月2回のケア会議で支援状況を話し合っている。</p>	<p>計画に対する支援状況が確認し易い記録の工夫をされモニタリングを行い、介護計画を定期的に、また、変化の見られた時には介護支援専門員はじめ職員、主治医、本人・家族を含めチームとして見直しをされて現状に相応しい介護計画を作成して支援されることを期待したい。</p>
27		<p>個別の記録と実践への反映</p> <p>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>個別のファイルに日々の様子を記録、職員全員が目を通している。変化があれば、ケア会議で見直ししながら共有しているが、介護計画にもう少し活かしたい。</p>		
28		<p>一人ひとりを支えるための事業所の多機能化</p> <p>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>利用者・家族個々の状況、その時々にあったサービス支援を行っている。</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	地域のボランティアの受け入れや地域行事(交流フェスティバル・文化展等)への参加をしたり、知り合いの訪問の受け入れを行っている。隣接する公園の散歩を日常的に行っている。		
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	主治医の毎月の往診または家族の付き添いで受診を受け、変化があれば主治医に連絡し、指示を仰いでいる。	かかりつけ医は希望を大切にしてお入り前から継続している。かかりつけ医の往診は7人、通院は2人となっている。歯科は往診がある。通院は家族が支援している。緊急時も含めすべて一人ひとりのかかりつけ医と密接な連携をして適切な医療が受けられる支援している。	
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	看護職はいない。		
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。	昭和伊南総合病院との懇談会に出席し、連携を図ると共に、入退院時は情報交換をしている。また、主治医の往診が月1回行われており、情報の提供や相談が来ている。		
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	契約時には、説明・話し合いを行い、理解して頂くように努めている。また、日頃の利用者さんの状況を機会ある毎に伝え、家族に現状を把握していただくようにしている。その時点で、確認しあっている。	入所時に事業所の方針を説明して方針を共有している。利用者の変化が見られた時には頻りに家族に連絡し状況を説明し、本人・家族の意向を確認をしている。緊急対応等もありうるので職員研修を予定している。	
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	マニュアルを作成し、全職員に配布し、自習すると共に避難訓練時に救命講習を受けている。毎日のバイタルチェックの記録。酸素吸入器と酸素濃度計を設置している。		

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)	<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>防災訓練を年3回(内、2回は夜間想定)行い、地域の方にも、参加して頂く。また、地域との協力協定を結んでいる。</p> <p>社協全体での防災訓練も実施した。</p>	<p>年3回防災訓練を実施している。6月は日中を想定、10月は夜間想定で避難訓練を消防署立会いで実施している。区長、常会長、民生委員も参加している。2月は併設事業所に設置のAED操作講習も含め訓練を予定している。4月に新入職員に合わせ自動火災報知器はじめ災害時に備え区長宅に自家警報器が設置されている。食品、飲料水、介護用品等災害時に備えて備蓄品の用意がされている。</p>	
<b>その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	<p>一人ひとりの尊重とプライバシーの確保</p> <p>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</p>	<p>言葉掛けに気をつけるようにしている。</p> <p>トイレ・入浴など自分で出来る事は極力やって頂いている。</p>	<p>排泄、入浴は個別対応している。名前の呼び方、言葉がけは誇りを損ねないように注意している。落ち着けない時には個別対応して人格を尊重して、誇りを損ねないように丁寧に対応している。記録等は利用者には気づかれないよう記載し、書類関係は書棚に目隠しをして保管されている。</p>	
37		<p>利用者の希望の表出や自己決定の支援</p> <p>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</p>	<p>相談の中で本人の思いを読み取るようにしたり、職員が言葉にして聞いたりして、働きかけている。</p>		
38		<p>日々のその人らしい暮らし</p> <p>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</p>	<p>一人ひとりの希望に沿える様に努めているが、集団生活でのルール守る時間は守って頂く時もある。</p> <p>本人の気持ちを受け止めた上で、職員側から提案することもある。</p>		
39		<p>身だしなみやおしゃれの支援</p> <p>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</p>	<p>本人に任せているが、衣類の調整の支援をしたり、洗濯の援助をしている。</p> <p>2ヶ月に1度の美容日を設けている。</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	
40	(15)	<p>食事を楽しむことのできる支援</p> <p>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</p>	<p>各自の好み、食べられない物を把握し、個々に合った食べ易い食事を提供し、一緒に食事を摂っている。</p> <p>野菜の皮むき・配膳・下膳を各自出来る範囲で行っている。</p> <p>施設の畑や近所の方からの収穫物や近所の方からの季節の頂き物を利用している。</p>	<p>個別に食事量、好みなどを把握して楽しく食事が出来るよう努めている。旬の野菜を使い四季感覚が得られるようにしている。調理の準備、お茶入れ、下膳等、職員と一緒にしている。外食、四季の行事食のご馳走作り、家族との食事会等は「食」を通して楽しみのある生活作りの一部にしている。</p>		
41		<p>栄養摂取や水分確保の支援</p> <p>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</p>	<p>食事量は各自に合わせて提供している。体調によって粥・消化の良い物で対応している。</p> <p>毎食時・午前午後のお茶に水分摂取していたり、それ以外にも声掛けを行っている。</p>			
42		<p>口腔内の清潔保持</p> <p>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</p>	<p>毎食後、個々の状態に応じて対応している。</p> <p>週1回、入れ歯洗浄剤を使用している。</p>			
43	(16)	<p>排泄の自立支援</p> <p>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</p>	<p>トイレで排泄できるように声掛けで誘導している。</p> <p>ふらつきのある人、頻尿の方には、ポータブルトイレを使用して、自分で行けるように工夫している。</p>	<p>排泄の状況を記録して失禁が減るようにトイレ誘導をしている。環境の変化によりトイレでの排泄に抵抗のある方、排泄コントロールが困難で常に気にされている方に対して試行錯誤を重ねトイレでの排泄に向いている経緯をうかがった。排泄の自立に向け本人が自信の持てるように検討しながら支援を行っている。</p>		
44		<p>便秘の予防と対応</p> <p>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</p>	<p>野菜主体の献立や牛乳・ヨーグルトの提供をしている。</p> <p>水分摂取の声掛けも適宜行っている。</p> <p>その上で便秘になりがちな人には、主治医と相談の上、通じ薬の調整を行って、快適な排便ができるように努めている。</p>			
45	(17)	<p>入浴を楽しむことができる支援</p> <p>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</p>	<p>集団生活の中で、入浴時間に制限あるが、本人の希望やタイミングにはできるだけ合わせる様になっている。</p>	<p>一日3人位を目安に毎日入浴を行っている。明るく暖かな日中に入浴が出来るようにしている。個々の入浴時間に合わせ、1対1の職員との関りを大切にしている。年1回市内の温泉から湯が配達され事業所で温泉を楽しむことが出来る。入浴剤、柑橘類を湯船に入れ香りを楽しめるようにしている。</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
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	ご本人に任せている。 前夜眠れなかった時や体調の優れない時等は声掛けしている。 昼食後の午睡をして頂く。		
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	薬の管理表及び個人のファイルに服薬状況表を入れてある。確実に服薬できるように職員が確認している。薬が変わった時は、連絡ノート・個人ファイル・薬の管理表に記録し、変化に気をつけている。		
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	各居室の掃除・散歩・草取り・畑仕事など、各自の能力に合わせて、行っている。 誕生日のお祝い・DVDによるカラオケ・体操・季節の行事を行っている。		
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支援している	希望により散歩支援。 ボランティアさんとの外出(イチゴ狩り・ぶどう狩り)家族との外食支援。 ドライブ。 地域行事への参加。	天候の良い日は日課として、近所の公園に出掛け庭の様に親しんでいる。不調で行かれない方はテラスや畑、通りに出て外気浴をしている。苺・葡萄狩りにはボランティアや家族と協力し合い出掛けている。職員は桜や赤そば等が咲くと外出計画をして出掛け、時には食事もしている。自宅への帰省、墓参り等の要望は家族の協力で実現している。	
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、お金の所持したり使えるように支援している	お金は、ほぼ職員が管理している。外出した時等は、小遣いとして使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	希望により、電話を掛けている。 年賀状を書いて出している。		

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
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	いつ誰が来てもよいように配慮し、外の様子が分かったり、季節感を取り入れた飾りつけ(花など)をしている。	部屋はエアコン、ストーブで対応している。室温時計で管理している。中庭を囲んでいる廊下には郷土の山岳写真を掛ける、食堂に市歌詞が貼られ愛唱し易くしている等地域に暮らし続けていることを大切にしている。季節毎に食堂、居間に手作りの作品、花を飾る等して季節感を出している。転倒や混乱を招かないよう居室、トイレの表示が解り易く、整理整頓もされている。	
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	居間のソファや廊下のベンチなど自由に使って、過ごしてもらっているが、施設の作りに限界があるため、今後に向けて検討している。		
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のもを活かし、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人が使い慣れた家具などを持ち込んで頂き、居心地良く過ごせるようにしている。本人の書いた塗り絵や写真を壁に貼っている。	利用者の体調変化が生じても安心して過ごせるように畳の部屋を改造してフローリングの居室にしている。ベットは事業所で用意され、寝具類は好みの品を使用されている。天井までの押し入れは衣類や介護用品が整然と置かれている。家族に協力を得て年2回居室の消毒をして清潔を保っている。自作の塗り絵カレンダー、スナップ写真等が壁に張られ、使い慣れた椅子、テーブル等が置かれ落ち着いて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・トイレ・浴室に分かり易い表示をしている。 廊下・トイレに手すりが付いている。 洗面所は各居室と共用の物を併用している。 保管庫には、危険防止の為、施錠をしている。		

## 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	6	身体拘束の記録が不十分。	拘束行為が生じた場合に書式の手順に従い取組んで行く。	書類の作成は終わったため、次回ケア会議より検討して行く。	1ヶ月
2	23 26	本人の現在の意向、思いに合った介護計画の作成が不十分。	介護計画の見直し。	個々の担当者を決めたので担当者と相談しながら介護計画を見直して行く。	3ヶ月
3				上記と平行しながらモニタリングを実施する。	5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。