

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	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29年8月18日	評価結果市町村受理日	平成30年4月19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.nsvakvo.or.jp/modules/general/general_divindex.php?iigvo=2073400497
----------	---

【 評価機関概要(評価機関記入) 】

評価機関名	株式会社マズネットワーク		
所在地	長野県松本市巾上9-9		
訪問調査日	平成30年2月2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付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い顔見知り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) 】

長野市鬼無里西京地区の一員として1ユニット(定員6名)が運営されている。さらに、鬼無里介護サービスセンターは、訪問・通所介護の運営も行い、それぞれ独自の特性を有効に活用して、地域で暮らす利用者等の様々なニーズに応えるべく介護・福祉サービスの充実と連携強化に取り組んでいる。施設では、利用者家族や地域住民、鬼無里診療所など地域の中での関係性は良好で、地域密着型サービスの意義を踏まえ、理念の具体化に取り組んでいる。家庭的な雰囲気の中で生活を送ることを大切にし、日常生活のあらゆることを利用者さんとスタッフが一緒に行うことで認知症の症状を緩和すること、また、利用者さん一人ひとりの能力に応じて自立した生活を送ることを目的として、個別ケアを重視した取り組みを実践している。利用者が地域の中でその人らしく暮らし続けることを支えていきたいという思いで質の高いサービス提供に努めている。利用者の居るところには必ず職員がいて、常に寄添いながら温かい視線や声がけ、語らいがされている。

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()		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。	運営理念、方針を掲示し利用者の安全と安心して生活が送れるよう理解し努めている。	事業所独自の運営理念及び基本方針が作られ、今まで大切に継続されている。事業所内で多くの方が目にし易い玄関、事務室等に掲示されている。管理者と職員間でその理念について話合いの機会を持ち、理解を深めている。地域密着型サービスの事業運営や利用者へケアサービスを提供するうえで理念に基づいた実践を心掛けている。	
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。	地域の人口の減少に伴い中学生との交流会を行っているが地域の方との関わりが少なくなっている。野菜などの差し入れをさせていただき会話やお茶会で交流を行っている。	鬼無里西京地区の一員として隣接している春日神社の祭りに地域の方の協力を得ながら参加したり、地元の中学生の職場体験や保育園児の施設訪問など積極的な受け入れを行っている。散歩や買物に出掛けて挨拶を交わしたり、野菜の差し入れなど地域の人達と触れ合う機会は多い。	
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。	防災訓練には近所やボランティア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。	運営推進会議では利用者様の生活の様子や活動状況の他健全な運営等に関する意見交換会なども行い意見等頂いている。年1~2回施設内の生活の様子を実際に見ていただき意見などもらっている。	年6回開催している。事業所の運営内容や利用者の状況など事業運営改善に向けて会議が開催されている。行政、区長、民生委員、施設かかりつけ医師、利用者家族の各分野から出席を得て、それぞれの立場からの意見や提言はサービス向上に向けた取組に活かされている。利用者との交流会や昼食会と併用したり会議内容を工夫されている。	事業所が地域密着型サービスとしての役割を果たすために適切にこの会議が機能していますが、より地域の理解と支援を得るために関わりのある保育園、中学校、消防団など新しいメンバーの人々が積極的に関わられるような働きかけや会議の内容や方法などの工夫を期待したい。
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。	地域包括支援センター、市町村職員に運営推進会議に出席して頂き事業所や利用者の事についてアドバイスや指導提案等をいただいている。	保険者の長野市及び担当地区地域包括支援センター担当者とは、利用者の暮らしぶりやニーズなど伝え、協働関係の構築に向けて連携を図っている。保険者からの派遣相談員の定期訪問を受入れて、協力関係を築いている。会議や研修会には、積極的に参加して行政、地域の情報を得ている。	
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。	母体法人による身体拘束及び虐待などの研修会に全職員が参加し、拘束しない介護への認識が共有されている。毎月の職員会議でも話し合われている。職員による見守りや連携を徹底し、利用者の心身状態を正確に把握することで安全面に配慮された自由な暮らしを支援している。	
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。		

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。	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。同法人に於いても社会福祉士がおり相談できる体制がある。		
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。	契約に関しては契約書、重要事項説明書内容に沿って確認しながら説明を行うようにしている。		
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。	利用者の要望などを受け入れる窓口を設けている。また、職員は一人ひとり担当利用者を受け持ち、家族との関わる機会を持ち会話の中から家族の要望や思いを聞くことが出来ている。	家族会があり、施設で開催される敬老会やクリスマス会の行事に協力して活動されていて、施設と良好な関係にあり、意見や要望を聞き取る機会が多い。家族の面会や介護計画書の説明時の機会も大切にしている。玄関に意見箱を設けて、意見や要望を出せるよう工夫されている。	
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。	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を行っている。	同法人の事業所所長と全職員が年1回、職員が記載した自己点検表をもとに個別面談、職員の意見要望が反映されるシステムがある。また、管理者は、日常的に職員からの話を随時聞く機会を作っている。月1回の職員会議で日常業務に関して話し合う機会がある。	
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。	所長と管理者は年1回面談の機会を設けている。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。	質の向上や介護技術などの研修会に参加し、復命研修を行う事で再確認できる様にした。業務上の役割を持つ事でトレーニングできるようにしている。		
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意見交換することでサービスの向上に取り組んでいる。		

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
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。	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を持ち担当職員からこまめに情報提供し本人にとって安心して生活できる関係づくりに努めている。		
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。	事前のアセスメントや家族からの情報、担当のケアマネとも連携をとったりするが初期であり環境に慣れる事と心理的背景や安全性を重視している。		
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。	それぞれの利用者の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行ったり一緒に食事をしたりして暮らしを共にする者同士の関係を築いている。		
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。	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に対する思いなどを聞いている。		
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。	家族と外出した際、親戚の人と会って話をしたりして楽しむことができている。また、知人や家族にも気軽に面会してもらっている。	利用者本人からの外出や面会などの要望に対しては、これまでの地域社会でのつながりを継続できるように家族と連絡を取り合い実現できるように支援している。本人が暮してきた思い出の場所(墓参り、花見など)へ外出を実施している。友人、知人からの電話の取次ぎや便りなどの要望に対応している。	
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。	作業やレクリエーションが楽しく行われるよう職員が利用者の間に入ったり、席替えを行い利用者同士が関われる場づくりを行っている。		

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
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。	退所理由によっては関係性がたち切れとなってしまう人も見られるが、見かけたときは声掛けなど心掛けている。		
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。	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。	日々の関わりの中で利用者個々の行動や言葉、表情より本人の意向の把握に努める工夫をされている。また、管理者は、利用者と個別面談を実施して身体の不安や家族への思いなど利用者一人ひとりの心情を理解するための関わりを行っていることを伺った。	
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。	家族会等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。		
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。	毎月行われているケース検討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出すようにして介護計画に活かすようにしている。	毎月開催のケース検討時に利用者個々の短期目標・サービス内容を項目ごとに具体的に評価している。本人や家族からの生活に対する意向や、関係者からの意見を活かして介護計画に反映している。サービス担当者会議に担当職員も出席している。職員は、介護計画の流れとチームケアの重要性を理解している。利用者の状態の変化が生じた際には、随時見直して現状に即した介護計画が作成されている。	
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	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。		
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、その時に応じて対応を可能な範囲で行っている。		

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
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。	利用者や家族の希望を大切にしながらかかりつけ医を決めている。事業所では、鬼無里診療所が協力医としての受診体制があり、月1回の往診支援を行われている。家族と連携して受診しているが都合がつかない時には職員が対応している。常に利用者の健康状態が把握され、協力医との連携が取られて適切な医療支援がされている。	
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。	地域診療所看護師により急な体調の変化時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関係者でカンファレンスなど行って支援を行う。		
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。	入所時に事業所の重度化や終末期への対応指針について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、家族、協力医、施設管理者と関係職員らと話し合いがもたれ、本人や家族の意向や思いに沿いながら取り組んでいる。今後は、更に利用者や家族の意向や思いに添った終末期支援の体制を検討していると伺った。	本人・家族等との状況に応じた繰り返しの話し合いと段階的な合意は図っているが身体状態悪化に伴う医療行為に対する利用者や家族の意向を示した書面(協議書又は同意書)の取得など事業所で掲げている重度化や終末期への対応指針に沿った対応の実践と終末期を支援する職員のスキルアップのための工夫を期待したい。
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。		
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。	地域との協定を結び年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。	消防署の立会いを得て利用者の安全な避難方法を全職員が身につけるよう総合防災訓練が実施されている。地元両京地区と災害協力応援体制を締結している。災害の発生時に備えて、事業所独自に利用者個々の顔写真入りの個人情報シート作成や母体法人の全職員が「災害時職員携行カード」を身につけるなど日頃から備えている。	

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。	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。	母体法人による利用者への尊厳保持やプライバシーなどの研修を受け、日々の介護の中で実践するよう取り組んでいる。職員は、日常的な言葉かけや対応に配慮して取り組んでいる。利用者個人の書類は、一箇所に保管収納されている。	
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	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。		
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。衛生面を考慮して食材の準備等が多いが利用者の持っている力を発揮できるように行っている。	利用者は、日常的に食事など一連の作業に関わっている。また、職員と利用者が一緒に食卓を囲み、視線を同じにして会話を楽しむなど食事全体が楽しくなる工夫をされている。利用者の意向を聞きながら、季節行事食や希望メニューなどを多く取り入れている。年に数回、仕出し弁当を取入れて食事を楽しまれていると伺った。	
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。		

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。	各自の排泄パターンを把握したり時間を見て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。	利用者全員の健康チェック表から把握した排せつパターンに添いながら、常に職員は、排泄の自立を意識して声掛けやトイレ誘導を積極的に行っている。トイレでの排せつ介助を習慣としている。職員間での申し送り時には、排尿、排便など細部にわたり報告し合い利用者個別の排せつ支援が実践されている。	
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。緩下剤服用者は排便について観察を行っている。		
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。基本はバイタルチェックの数値や本人の訴えを基準に行っている。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声掛け、配慮を行っている。	週4日、一日に3名の利用者の入浴を実施している。日々のバイタルチェックの確認後、利用者のお湯の温度や入浴時間の長短など利用者個々の意向を尊重、職員マンツーマンによる十分な声かけに努めて安心して安全な入浴ができ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。	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ついて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前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。トレーや鍋拭き等手伝いを行い役割を持っている。		
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。	天候の良い日には、施設の庭や近所の雑貨店へ出掛けて買物などして気分転換や五感の刺激となる日光浴や外気浴が行われている。利用者の希望に沿った花見や外食のドライブ、外出や買物など家族協力を得ながら戸外に出る機会が多くなるように取り組んでいる。	

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
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。	利用者がお金を所持し買い物などが可能な方は現在はいない。		
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。		
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、ホール兼食堂とキッチンが一体化して職員と利用者が常に関わり易い環境下にある。施設内は、大型の暖房器具や加湿器で湿温管理されている。2台の洗面台や廊下を中心に手すりが取付されて利用者に適切な住環境が整っている。行事の写真や利用者の作品が丁寧に見やすく飾り付けられるなど生活感があり、居心地の良い環境となっている。	
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。	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。		
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。	居室には、エアコン、押入れなどが施設で用意されている。すりガラスの二重サッシ窓や木目調の床は、温かみと落ち着きを漂わせている。持ち込みに制限はなく広い居室には、利用者や家族の意向で家族写真、思い出の品々や施設で作った作品などが飾られている。また、テレビ、ラジオなどの持ち込みの希望にも柔軟に対応して一人ひとりが居心地よく過ごせる居室作りがされている。	
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。	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。		

(様式4)

事業所名 鬼無里介護サービスセンターなかよしハウス

目標達成計画

作成日: 平成 30 年 3 月 16 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	4	定期的に運営推進会議メンバーによる会議は行っているが、地域密着型サービス事業所においては多種のメンバーに関わってもらい、当事業所の理解、支援を得ていく。	運営推進会議メンバー以外の中学生や保育園、消防団などにも関わりを持って利用者様の身体状況や認知症利用者の理解を深めていく。	定期的に運営推進会議の出席にこだわらず施設行事への参加の声掛けやミニ講演、体操やレクリエーションを通じてかかわりの場を作っていく。	6ヶ月
2	33	入居利用者は95歳前後と高齢であり身体状況も重度化している。定期的に主治医や家族との話し合いは行っているが、緊急及び終末期は、家族や本人の意向の確認、職員への周知を行う。	緊急時や終末期における本人家族の意向を聞き思いに沿ったケアが提供できるようにしていく。	段階的に本人、家族、主治医、職員との話し合いの場を設け緊急時や終末期に対する意向を具体的に聞き取り確認し、文書や同意書により関係者全員で共有していく。	3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、行を挿入して下さい。
複数のユニットを有する事業所において、事業所全体でユニットごとの目標の総括を行う場合は、本様式を1つ作成して下さい。