

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	2572300087		
法人名	社会福祉法人 近江ちいろば会		
事業所名	小規模多機能居宅介護事業所 ほだいじみんなの家		
所在地	滋賀県湖南市菩提寺327番地16		
自己評価作成日	平成26年6月4日	評価結果市町村受理日	平成26年7月14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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク滋賀福祉調査センター		
所在地	滋賀県大津市和邇中浜432番地 平和堂和邇店 2階		
訪問調査日	平成26年6月20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)】

ご利用者さま自身の「住み慣れた自宅で、住み慣れた地域で暮らしたい」という思いを一番に考えています。それを実現するため私たちは訪問サービスに特に力を入れています。その方のペースを大きく変えることなく、自宅で暮らしているということを実感してもらうためです。また入浴の必要がある、交流の必要がある、運動の必要がある、ご家族の休息の必要がある場合には通いサービスや、宿泊サービスで対応させていただきます。定期的なご利用以外にも短時間でのご利用もできます。その方にあったサービスの組み合わせをさせていただきます。また緊急時にサービスが必要な場合も迅速に対応します。住み慣れた自宅で暮らし続けるために必要な「安心」を届けることが私達が一番大事にしているサービスです。

【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)】

暮らしやすい地域の住み慣れた家で自分らしく暮らせるように利用者を支えることを理念の中心に謳い、利用者の思いや過ごし方の意向に基づくサービスを柔軟に提供し家族の信頼を得ている。利用者は馴染みの職員の支えを受けながら、それぞれのペースで通い、泊り、訪問と自在にサービスを受けている。事業所は開設4年目の木造建築で、清潔感があり、生花を飾るなど季節感にも配慮し、利用者が心地よく過ごせるよう注力している。通路には天井から自然光を取り入れエコロジーにも工夫している。地域の人々との交流を大切にし、地域ボランティアの配食支援の受け入れ、自宅地域の自治会催事への利用者の参加支援など地域に根付く事業所としての運営を心掛けている。職員が利用者の良き話し相手となり共に楽しいひとときを過ごすつろいだ光景が見られる。

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

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 ↓該当するものに○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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどいない	66	職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々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)	<input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	玄関および事務所に理念の掲示を行い、見える化を行っている。毎朝の唱和により理念の共有を行い、「笑顔・熱意・敬意」の意識を持ち、丁寧な関わりを持てるようにしている。	毎月の職員全体会議で理念に照らして課題を検討するなど、理念を事業所内で定着させる工夫をしている。利用契約時での説明や地域への広報配布などで利用者、家族、地域へも理念の理解を図っている。	
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人として日常的に交流している	地域のお店に出かけたり、近くに散歩に出かけることで、利用者さんが顔見知りの方と交流を持つ機会ができています。また、引き続き地域の祭りに参加しており、継続的な交流が持っています。	利用者が地域との関わりを深められるよう祭りや「ぼだいじまちづくりフェスタ」への出店など自宅のある地域の催事参加を支援している。利用者の催事参加状況を広報「ぼだいじみんなの家」で地域に伝えている。	
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	“つどいCafe”開所に協力し、地域の方が気軽に集える場所の提供、相談できる環境づくりを行い、より地域ぐるみで支えられるような拠点になれるよう取り組みを行っている。		
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	運営推進会議ではサービスの実施状況や行事、避難訓練の報告などをおこなっている。加えて地域でおこなう認知症Cafeの告知や相談などもおこないオープンに至るまでに相互理解につとめた。	運営推進会議は行政、地域、家族、職員の参加で、隣接のグループホームと合同で隔月に開催している。運営報告、情報交換を通じてそれぞれの運営改善につなげている。会議内容はミーティングで職員に周知している。	
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に取り組んでいる	独居の方の支援に関して連絡を密にとりつつ、第三者的立場からの意見がもらえるよう、経緯や内情を共有し包括的な支援がおこなえるようすすめている。	独居高齢者のケアに関する相談や連携、地域支援事業に関する相談、百歳体操実施に向けての指導、虐待事例の報告と対応、地域での研修事例発表など市との連携強化に積極的に取り組んでいる。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	玄関の施錠は日中は行わず夜間のみ行い、居室の施錠やベッドの四点柵などは行っていない。研修を受けた職員などが報告・啓発を行なっている。	研修受講した職員を中心に拘束が利用者には及ぼす影響等を話し合いケアの実践に活かしている。玄関は日中施錠せず見守り対応している。独居利用者の徘徊時には地域の協力が得られた。市の監査を契機に、拘束について家族への説明書を作成して話し合っている。	
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	事故やヒヤリハットの報告を事業所内で行い、事業所内で検討することでケアの向上および防止に努めている。また、家庭での虐待の可能性を発見した場合は市への連絡を行い、連携をとっている。		

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	独居の方の受け入れに際しては、権利擁護に関する理解は不可欠であり、今後学ぶ機会を設けて行きたい。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	契約後も、費用の改定など変更がある際は、口頭および書面にて説明を行い、理解を求めている。個人情報に関する意思確認も行い、写真の活用などにも配慮している。		
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	運営推進会議や家族会の開催により、家族からの意見が出やすい機会づくりを行っている。1ヶ月に一回のケアマネジャーの自宅訪問で、家族からの意見を抽出している。	家族会や職員の自宅訪問時に家族から意見を聴取している。家族の声は運営推進会議、所内ミーティングで取り上げ協議し運営改善につなげている。家族会は参加人数が少なく開催を断念したこともある。	家族会を食事会等イベントと併催するなど参加人数が更に増えるように工夫して欲しい。
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	年に2回のターゲットプランを実施。職員に意見を聞く機会づくりを持っている。職員会議内でも議題を提示し幅広い提案が出る機会を設けている。その提案をしっかりと積み上げていけるように業務改善100個達成を目標に掲げている。	随時開催の社員会議、毎月定例開催の職員全体会議で業務改善やサービス向上に関する職員からの意見聴取をしている。半年ごとのターゲットプランも意見反映に効果を上げている。業務改善ノートは職員の気づきを記録し、改善目標100個達成を目指している。	
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			
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	各職員ごとに研修計画を立て、職員に合った研修への参加の機会を設けている。また、法人内研修は、全職員へむけて参加を促し自ら向上できる機会を設けている。		
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	年2回の滋老協の看護師部会などに参加。また市内同職種の集まる懇談会には積極的に参加。そのことを基に相互の訪問などができる機会作りもおこなっている。		

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	利用者がどのような生活を送りたいか事前に聞き取りを行い、こちらの主旨説明も加えたうえで、双方が納得してサービス導入ができるようにしている。		
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	主にケアマネージャーが家族の思いを聞き取り、それを基に必要なサービスを作っている。特に緊急時の対応はしっかりと説明を行い安心し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	退院からのサービス導入や他サービスからの移行時は特に、ニーズとサービスの確認を十分におこない他職種の役割も互いがしっかりと把握できよう摺合せをおこなっている。		
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	食事の準備や後片付け、洗濯物たたみなど双方から声を掛け合える関係づくりができています。また室内の換気、花の水やりなど個々に合わせた役割作りもおこなっている。		
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	ご家族との関係性が良いまま保てるように、支援内容も状況に応じて柔軟に変化させている。また一方的な支援にならないよう在宅生活を中心とし、必要なサービスを訪問で賄えるよう調整に力を入れている。		
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	自治会の集まりに職員付き添いで顔を見せるように支援したり、買い物なども近くの店に行くことで、馴染みの関係維持に協力できるよう支援している。	アセスメントなどで利用者の馴染みの人や場所を把握し、利用者の希望に応じて買物、知人訪問等支援をしている。馴染みの知人が訪れ、誕生日会等にも参加し利用者に好評である。来訪した知人がくつろげる雰囲気づくりに努めている。	
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	その日來られる方に合わせて机や座席の配置を行ったり、趣味や活動に応じて座席の配置を流動的にすることで、新たな利用者同士の交流が生まれるようにつとめている。		

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
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	長期入院などにより契約が終了したあとも、こちらから連絡をとるようにしている。必要に応じて本人や家族の精神的フォローをおこないその後の不安を解消していただけるようつとめている。		
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	普段の関わりから思いの聞き取りをおこなっている。必要に応じてケース検討をおこないサービス内容の見直しを行っている。	日々変化する利用者の思いや希望を日常の関わりから把握し、利用者の思いを正確に把握するよう努めケアに役立てている。意思表示が難しい利用者には表情や仕草から汲み取るよう努めている。	
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	利用開始にあたり、カンファレンスや訪問の機会に情報収集、把握に努めている。		
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	利用者の身体状況に加え日々の言動や行動、表情を記録。その後のケアに活かしている。		
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	三ヶ月ごとに事業所としての支援内容の再確認。本人・家族とも現状の相互理解ができるようにつとめている。事業所内では、定期的にケース会議にて支援の見直し、変更などを行っている。	ライフサポートプランを3カ月毎に見直している。日常は「個別援助シート」を事業所内で活用し職員間の情報共有を図っている。計画の見直し内容は状態変化の有無に拘わらず3カ月毎に家族に伝え確認印をもらっている。	
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	日々のミーティングにて個々の様子を記録。職員間で把握につとめている。工夫点などは特別記載として残し、ケア内容の変更を迅速におこなえるようにしている。		
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	家族形態や利用者の心身の状態に合わせてサービスを実施している。現在予定外の急な訪問も必要な場合が多いが、迅速に対応するようにつとめている。		

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
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	自治会や民生委員、地域ボランティアによる配食支援が継続されるよう調整につとめている。また長期の泊りの方に対して普段購読されている新聞が事業所に届けられるように業者との調整もしている。		
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	基本的には家族受診をお願いしているが、治療方針の共有のために同行をおこなう場合もある。独居の方には基本的に通院の同行をおこなっている。その中で地域医療との関係づくりができてきた。	かかりつけ医の受診は家族同行が基本である。利用者の様子を治療に活かすため職員が同行し説明することもある。緊急時など家族同行が困難な時は職員が通院介助し診察結果を家族に報告して情報を共有している。	
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	経過観察が必要な場合は、介護職、看護職がスムーズに連携がとれるよう、経過を追える記録を残している。また、その情報をもとに、看護師やケアマネジャーより家族への報告、医療との連携を行っている。		
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。	入院の際は経過をまとめた文面を作成し、情報提供を行っている。また、入院中も地域連携室などと情報交換を行い、状態の把握につとめている。退院時はカンファレンスを行い、注意点などの確認を行っている。		
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	在宅看取りを希望される場合には、小規模サービスでできることを本人・家族に説明したうえで、かかりつけ医、訪問看護とも相互理解のうえで対応をさせてもらっている。	「終末期在宅看取りに関する取り決め」「終末期および緊急搬送時 意向確認同意書」を作成し、事業所の支援方針を定め文書化した。利用契約時にその方針を説明して確認同意書を得ることにしている。	方針確定前の利用者に対し、家族会等で事業所方針内容を説明し、理解を深めてもらう機会を設け方針運用を徹底することを期待したい。
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	緊急時対応マニュアルの整備をおこない会議などで定期的な確認、共有をおこなっている。		
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	避難マニュアルの作成。全職員が避難方法を身につけるために年4回の避難訓練を実施。主に夜間想定でおこなっている。また自治会代表と緊急時の連絡体制の取り交わしをおこなっている。	災害時対応マニュアルによる年4回の定期訓練(うち夜間訓練は年2回)で適切な非常災害対策を実施している。スプリンクラーは設置している。避難訓練及び災害時の地域住民の協力連携体制は構築途上である。	運営推進会議等を通じ、地域、自治会の協力体制の早期実現を図ることを期待したい。

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	個人情報に関する意思確認を事前に書面でとりかわしている。行い、広報誌など外部に出る情報もプライバシーに配慮している。	事業所理念に利用者、家族、地域住民に敬意をもって接する旨を謳い、その実践を心掛けている。職員は人格尊重、プライバシー、個人情報関連の内部研修を年2回受講している。個人情報書類は事務室ロッカー内に施錠して保管している。	
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	本人がどのような生活を送りたいかの想いを大切にし、支援に努めている。独自の取り組みとして一人一人に合わせた誕生日会を実施。本人との事前協議や生活歴を探って計画をすすめ本人に喜んでいただけるようつとめている。		
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	人によっては個室と共用スペースを行き来されたり、人によっては作業に集中していただけのように内容の整備、環境作りをおこなっている。		
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	月に一度移動散髪に来ていただき、出かけることが難しい方にも身だしなみが整えられる機会づくりを行っている。また女性には爪の手入れを実施。マニキュアを施し、おしゃれを楽しんでもらえるようにしている。		
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	食事は直営の厨房から提供されている。利用者の力が活かせるよう毎日の盛り付けや準備、片付けなどを一緒におこなっている。	施設内調理で、献立は給食会議で検討し、週刊献立表に基づき配食される。利用者は職員と一緒に食事、配膳、後片付けをしている。誕生会、外食レクリエーションなどや頂き物で手作りメニューを所内で作るなど特別メニューを楽しんでいる。	
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	食事摂取量は記録に残すことで、継続した量の把握につとめている。足りない場合はかかりつけ医に相談し、補助食品などを用意し補えるようにしている。		
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	食後は歯磨き、入れ歯の洗浄を行い、口腔内の清潔保持に努めている。		

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	一人一人の排泄パターンに応じ下着の使い分けをおこない尊厳の保持、自立支援につとめている。	所内での排泄パターン把握だけでなく、自宅での状況を家族からも聞き、本人の表情や行動を読み取り適時なトイレ誘導を行っている。自立排泄可能者は約20%である。	
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	一日二回の体操を実施。運動の機会を設けると共に、スポーツリンクを作成し、水分量が低下しないように配慮している。必要な方に関しては、医療と連携をとりながら薬の調節のための情報提供を行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	入浴回数は、本人・家族との相談のもと決めさせていただいている。必要な場合は時間帯指定にも対応する。毎月いつもと違うお風呂の演出を試み、入浴を楽しんでいただけるようつとめている。	入浴時間は事業所都合で変更を頼む場合もあるが、利用者毎の希望を汲み平均週3回入浴している。入浴剤使用、浴槽にアヒル(玩具)を浮かべる等日頃と異なる入浴で楽しめるように工夫している。入浴は同性介助でない場合もある。	
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	自宅での生活リズムになるべく合わせて居室の環境や就寝時間等を配慮している。また、姿勢などに合わせてクッションなどを使用して、快適に休んでいただけるようにしている。		
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	処方箋のコピーを預かり確認を行うようにしている。受診に付き添い、服薬管理方法なども相談。その方に合わせた服薬支援がおこえるようにつとめている。		
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	洗濯物や食事の準備などの生活アクティビティを通して今までの力を発揮していただいたり、誕生日には個人のしたいことや好きなことをふまえたレクリエーションを行い、ひとりひとりが楽しめるように工夫している。		
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	散歩やドライブに出かけたり、季節を感じていただけるような場所に出かけたりしている。また、草刈りや、畑の仕事などを通じた屋外での取り組みも実施。また喫茶店や買い物など希望を募ったうえで出かける機会も設けている。	地域内の公園や法人内の別事業所への散歩など利用者の希望を加えながら外出し気分転換やストレス発散の機会としている。施設内の畑仕事、買い物、花見など利用者毎の個人ニーズに応じて支援している。	

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	買い物レクリエーションを企画し、本人が自分で選びお金を使える機会を設けている。		
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	家族の了解の元、必要な方は携帯電話を持ち込まれ連絡をとられている。独居の方に関しては連絡先の方に事前に確認をとっておくなどしてこれまでの関係ができるかぎり継続されるようにつとめている。		
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	玄関や室内には共同作業で作ったものを掲示し、馴染みの空間であることを演出している。目や耳からの刺激が悪影響にならないように様子に合わせて座席位置を変えたりパーテーションを用いながら居場所の確保につとめている。	居間、玄関は清潔感があり、随所に馴染みのある利用者の共同作業作品を飾り、利用者がくつろげるよう配慮している。廊下は自然光を取り入れ、明るく快適な居心地の良い共用空間となっている。浴室、トイレは広く清潔である。	
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	座席数は来られる方よりも多くあり、自由に選んで座っていただける環境作りを行っている。また、可動式の棚を間に置くことで、空間を仕切ることができ、必要時は小空間をつくることができる。		
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	自宅と同じような様式の寝具を使うことで安心して休んでいただいている。また、実際に自宅で使用されているものも持ってきていただき、自宅での習慣を重視して過ごしていただいている。	泊まりの部屋は清潔で空調、照明も適切で、窓から所内家庭菜園の野菜や近隣の松林など自然豊かな景色も眺められる。自宅の寝具(使い慣れた寝つきの良い枕など)を持ち込むなど環境ギャップを感じさせないように配慮している。	
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	トイレ、浴室の表記によるわかりやすさの演出はもちろんのこと、本人が自力でトイレと居室を行き来できるような居室選択をおこなっている。慣れた方自分で靴を見つけて履き替えられ、自分の歯ブラシをとられるようにわかりやすさの演出をしている。		

2 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		・提案を実現させるためのプロセスを職員全員が経験し、自ら考える力、作り上げる力をつけていきたい。 ・成功体験を多くもつことで、職員のやりがい向上に努めたい。	今年の目標として、業務改善100個達成を目標にしている。利用者に提供できるケアの向上はもちろん、業務効率の向上、分かりやすさや働きやすさにつながるひとつひとつの改善を着実にこない力をつけていく。また職員全員からの提案を活かすことで、意欲向上にもつなげていく。	100個達成という数の目標を掲げ、職員の意識向上を促した。また職員からの提案を取りこぼさないために、改善ノートを作成、目的や経過などを記入していく(現在実施中)。また改善後もひとつひとつ記録を残したことにより全員が成果を確認することができ、次回の改善に活かしている。	1年
2	10	家族会の参加人数が少ない。	多くの家族が参加してもらえるような家族会を作っていく。	家族会に合わせて行事や催しをおこない、家族が来やすいような内容を企画、提案していく。また土日に開催するなど来やすい日程も検討していく。	6ヶ月
3	33	重度化、終末期に関しての取り決め文章を新たに作成した。新規の利用者様に対しての準備は行えたものの、現在利用中の方に対して理解を深めてもらう機会が持っていない。	現在利用中の方に対して、重度化、終末期の取り決めを元に理解を深められる機会を設ける。	ケアマネージャーの個別訪問の際に重度化、終末期に関する話し合いの機会を作っていく。また家族会にて全体で確認をおこなえるような機会を設けていく。	6ヶ月
4	35	災害時における地域との連携強化が進んでいない。	地域との災害時の協力体制作りをすすめる。	運営推進会議などで提案をおこない、地域の防災行事や消火栓の確認などに参加していく。	1年
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。