

# 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	1690200405		
法人名	特定非営利活動法人よりどころ		
事業所名	のんのさんの家よりどころ		
所在地	富山県高岡市二塚1316		
自己評価作成日	平成29年3月7日	評価結果市町村受理日	平成29年6月28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.kaisokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigvosvoCd=1690200405-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022">http://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&amp;JigvosvoCd=1690200405-00&amp;PrefCd=16&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人富山県社会福祉協議会		
所在地	富山県富山市安住町5番21号		
訪問調査日	平成29年3月23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)】

・利用者がのんのさんの家よりどころで、その日、その時「どのように思い、どう暮らしていきたいか」を、自己選択を尊重しながら、職員が家族や地域・社会資源に働きかけ支援するよう努めている。

・認知症の支援について職員間で学びや情報の共有を重ね、利用者の症状や行動の背景や要因を常に考えるよう意識し、支援にかかわる者がコミュニケーションを図り、チームケアで最善の暮らしを提供するよう努めている。

## 【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)】

・事業所名にふさわしく、居間には大きな仏壇が安置され、安寿さんが月1回お経を唱え、年2回は寺の住職がお経を唱えている。そのときは近所の方も参加して利用者と共に参拝しており、安住な雰囲気づくりとなっている。

・重度化や看取りには、事業所側は訪問看護ステーションと契約して対応して、指針を掲げ職員教育も徹底されている。関係機関との連携もスムーズに行われており、家族は安心している。

・行きたい・したいなどの利用者一人ひとりの気持ちを十分に汲み取り、それを職員が型に当てはめず個別に対応した支援を行っている。

## 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

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)	○	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、生き活きと働けている (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念は玄関事務所、フロアに表示してあり視覚的情報として意識し、職務に反映するよう努めている。理念が見過ごされないよう、ミーティングなどで確認している。	理念は地域の中で、共に向かい合い・支え・伝え合う・お互い様の気持ちを持って、職員全員が日々の話し合いの中で確認して、利用者の支援につなげている。	
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	町内会に加入し、地域行事や当番制で行う交通安全見守り隊や総合防災訓練に参加している。また、日頃から近所の方に挨拶をし、お互いに声をかけ、なじみの関係を築いていけるよう心掛けている。	事業所の前の敷地に、旧万葉線の電車が設置されて電車内は冷暖房が整い、近所の憩いの場となっており自然に人が集まってくる。利用者もそこでお茶やお菓子を食べながら団欒に加わり、近所の方が誘ったり、送ったりとなじみの関係が維持されている。	
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	3月19日、法人行事として二塚校下社会福祉協議会と共催し『おたがいさまの地域づくり』と題し、寝たきりにならない身体づくりについての講演や認知症の方への接し方について楽しく学べる場を提供している。		
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	運営推進会議を2ヶ月毎に開催し、活動報告と今後の活動予定を伝え、参加者からよい暮らしづくりのためご助言もいただいている。加湿器の使用や水分摂取などについて、ご家族から具体的な助言も頂き共に考える機会になっている。	運営推進会議は2カ月に1回定期開催され、そのうちの2回は行事と一緒に、会議のメンバーのほかに利用者とその家族ほぼ全員参加で開催され、幅広く意見が交わされている。家族から水分摂取方法や加湿器の設置など具体的な意見が出され、運営に反映されている。	
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取り組んでいる	運営推進会議などの報告によりサービスの現状をお知らせしている。11月末に副市長と市職員3名の視察があり、事業所内の見学およびグループホームの現状について懇談を行った。	運営推進会議の結果報告を市に持参している。認知症への理解を促し、サポートする地域の事業所として、講演会やグループホームの現状についての懇談など、市の職員と協力して実施している。	
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	身体拘束及び言葉の拘束については皆で意識して行わないよう徹底している。夜間職員が1名となる時間以外は原則として玄関の施錠はしていない。センサー(福祉用具)などの取扱いについても、使用目的について検討と説明を重ね希望に沿うよう対応している。	日中玄関は開錠しており、離脱する利用者もいるが、常に注意をしている。身体拘束防止についての研修会を職員で実施して確認をしている。その上で転倒の危険のある利用者にはベッド上センサーを設置している。センサーを外せるよう検討を重ねており、日々の支援経過記録に検討内容を記載している。	センサー使用に関する支援経過や検討結果の記録をわかりやすくまとめ、見直しやすくなる工夫を検討されたい。離脱対策に協力してくれた近くの駐在所がなくなり、外部の協力体制などの見直し検討が望まれる。
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	認知症の方への身体拘束廃止について職員1名が外部研修を受け、後日のミーティングで職員全体に伝達した。どういったことが拘束になり、それを防ぐための接し方を学んだ。		

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	今のところ制度の該当者はいない。 3月15日、外部研修にて権利擁護の学習の機会を予定している。研修後、伝達学習の機会を設け周知していく。		
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	契約に際し、重要事項説明書を用いて十分な説明を行い、理解を得るよう心掛けている。新規契約者時、主介護者が高齢の妻なため遠方の子らと日程調整し、利用について不安や疑問が無いよう面談の機会を持った。		
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	利用者は暮らしの中から、家族は面会時などこちらから声掛けし意見を伺うように努めている。また、運営推進会議開催の際には、全ての家族に案内を送付し、出席していただき共に暮らしについて考えていただくような機会にしている。	面会時に家族の意見を聞き入れ、個々の要望を取り入れての家族の具体的な意見を大切にすばやく対応している。	
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	月1回の職員ミーティングを行い、職員同士の連絡や、業務検討や改善について話し合っている。職員の意見は、管理者から統括理事に報告し、意見や提案について迅速に対応してもらっている。	職員ミーティングにおいて、業務改善について話し合い、その意見は大切にされ運営の改善につながっている。また年2回の自己評価振り返りシートを実施して面談を行い、意欲のある人は県外研修への派遣もあり、ケアをより深めるための意欲向上にもつながっている。	
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	年1回、自己評価を行い、それを踏まえて統括理事による面談の機会がある。それ以外にも時折訪問し、職員の意見、要望の把握に努めている。内容は理事から理事長に報告され、改善が図られる。		
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	外部から講師を招き2回内部研修を行った。石川で開催された排便コントロールの講習会に職員2名が受講。その後、学びを深める為、兵庫県へ施設研修へと繋げている。また、職員は必ず1回以上外部研修参加の機会を設けている。		
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	県内事業者と研修を通して交流したほか、今年度は、県外事業者へ依頼し、研修訪問を実施した。ここでは、今後の介護保険制度について懇談してきた。職員は、他の取り組みや実情を踏まえこれから何に取組むかを検討し、実践している。		

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
<b>Ⅱ.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	新規利用者を1名迎えた。利用にあたり、短期利用サービスを提供し、サービス体験を実施した。本人よりこれまでの暮らしや今後の暮らしについての希望を伺い、自宅を離れても本人らしく安心して暮らすことができるよう支援している。		
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	新規利用者を迎えるにあたり、遠方に住む家族にも連絡をし、利用にあたって不安や疑問点等を伺う機会を設けた。その中で、主治医のことなど具体的に心配な内容についても十分に検討を行った。		
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	利用相談があり、空室があったためまずは短期利用サービスを提供、サービスを体験していただき、納得した上でサービス利用に繋げた。		
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	利用者が暮らす空間に職員が支援介入しているという立場であることを忘れないようにしている。その人が何ができるのかどんなことをしたいのかを見極め、働きかけるように努めている。		
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	毎月「のんのさん便り」にて近況を伝えている。また、年2回、家族交流会を開催し、利用者と家族と一緒に楽しむ機会を提供、運営会議への参加を促し、家族との関係性の継続を図っている。		
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	仕事で携わった場所に出かけたり、昔の友人や関係者が訪ねてきやすい雰囲気づくりに努めている。また、馴染みの美容室を継続利用出来るよう家族の協力の下、支援している。	「あてはめない・こだわらない」の理念のもと、旧友人宅や趣味の先生宅、長年勤務した思い出深い場所に連れて行くなど、個々の要望に応じて出かけている。利用者を個別に訪ねてきた人には職員が丁寧に対応している。年2回寺の住職がお経を上げにくるときは近所の人も来訪し、馴染みの関係が築かれている。	
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	気の合う仲間同士で会話等を楽しめるよう、居室や和室なども利用しながら、他者にストレスを感じさせないような空間作りや環境提供に配慮している。		

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
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	利用が終了した家族が、毎年、手作りしたお守り袋を利用者へ持参していただき交流が続いている。介護施設へ入所した利用者へも面会に行き、利用が終了しても良好な関係作りに努めている。		
<b>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</b>					
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	利用者との会話や普段の様子から想いを汲み取るよう努めており、汲み取ったニーズは生活記録に残している。また、困難な場合は、職員が本人本位に考えた内容を家族にも伝え、意向を伺っている。	利用者の多くは会話が可能で、コミュニケーションが取りやすい。食堂での語らいや表情などからもそれぞれの思いや希望が表出されている。このことが毎日の生活記録に残されている。会話の困難そうな利用者にも表情から察知して寄り添うような努力がみられる。	
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	利用時、本人及び家族から生活歴やこれまでの暮らしについて情報をいただいている。それらをもとに、利用後も本人らしい暮らしが継続できるように支援している。		
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	利用者の心身状況に変化があった場合は、申し送りノートに記入し、全職員が現在の状況を把握できるようにしている。また、それぞれの身体状況に合わせて、起床時間や食事時間を遅らせるように工夫している。		
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	暮らしの中で出た言葉をニーズとしてケアプランを作成し実施するほか、「本当はこうしたいのでは？」と別の視点からも考察し、それらを本人、家族、主治医、看護師とも共有することで課題達成に向けて取り組んでいる。	利用者本位のケアプラン作成をめざして、スタッフ間での気づきを共有している。生活記録から本人の思いを引き出し、ケアプランに取りこんで実践につなげている。ミーティングでモニタリングを行い、ケアプランに結びつけている。	
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	普段の暮らしの中で、利用者から聴き取った言葉や想いを生活記録に記入し、ケアプランに反映させている。それらはミーティングで共有し、暮らしに反映されるよう努めている。		
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	外泊や外出、受診の際の送迎協力や行政手続きなどの支援について、出来る限り柔軟に対応したいと考え、実践している。		

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
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	近隣の幼稚園児が来所し、歌や踊りを披露してくれたり、中学校の吹奏楽コンサートへ招待を受け観賞を続けている。また、近所のサロンにも声をかけてもらい、住民との交流の機会を持っている。		
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	本人、家族の希望によって従来の総合病院への受診が負担になってきている方に在宅往診医を紹介し、利用することとなった。本人および家族の希望を優先し、協力医だけでなく、3医療機関の医師が関わって支援してくださっている。	協力医療機関のほかに、入居前の主治医が在宅往診として定期的に診療に訪れており（現在は3医療機関）、利用者本人の安心感が大きい。健康面については家族の意向をよく聞いて希望に沿うように話し合っている。	
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	8月より、訪問看護ステーションとの業務契約を行った。看護師（非常勤）も増員し、日常的な健康管理の他、病状に対する指導や相談体制を構築した。		
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。	本人の病状に変化があった場合はまず主治医に相談し、家族が希望する医療機関への受診が出来るよう支援している。入院中はこまめに面会を実施し経過を把握、退院後不安なく事業所での暮らしに戻れるように支援している。		
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、事業所の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	8月より訪問看護ステーションと業務契約し「看取りに関する指針」「重度化への対応に関する指針」を作成、医療連携体制加算を算定するにあたり、家族に同意を求めた。また、本人及び家族の終末期への意向を伺い、主治医と看護スタッフ、職員間で情報共有を行っている。	入所時に重度化した場合や終末期について意向を話し合っている。平成28年8月から訪問看護ステーションと業務契約をして、定時訪問を実施して医療看護面の充実を図っている。運営推進会議でも話し合わせ家族の安心を得ている。	終末期については特に状態の変化が速いことを念頭に置き、その都度ケアプランを見直し、実施できるように期待する。
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	訪問看護ステーションより講師を招き、急変時の対応と心肺蘇生法について学ぶ機会を得た。また、緊急時対応のファイルも改善し、急変時には本人、家族の意向に基づいて速やかに対応できるように整備している。		
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	日中・夜間想定避難訓練を各1回行い、また地域の自主防災訓練にも参加している。その際、地域住民が救助・搬送訓練を行い、事業所及び利用者の特性を理解してもらった。災害時用の保存食と防災セットを保管している。	年2回の事業所の避難訓練に加えて、自主防災組織の計画した水害想定訓練にも利用者とともに参加した。リヤカー利用の訓練も体験できた。地域との協力も一歩ずつ深まってきている。運営推進会議でも議題として検討している。	事業所内にスプリンクラーの設置はしてあるが地域の水道未設置の為作動できない状況にある。関係部署に早急な働きかけをして作動できるようにし、災害に備えるよう検討してほしい。

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
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	ミーティングで高齢者の尊厳について学ぶ機会を設け再認識することで、職員が個々の対応を振り返り、利用者一人ひとりが穏やかに安心して、暮らしていけるような支援の在り方に努めている。	施設内研修に重点を置き、利用者を尊重しプライバシーを損なわない言動をとることが日常のかかわりの基本とされている。利用者の穏やかな生活状況が表情からうかがえる。	
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	利用者の発した言葉だけでなく表情やしぐさから汲み取った想いに寄り添い反映できるように努めている。またおやつや飲み物を数種類用意したり、外出先もいくつか用意したりすることで、自己決定の機会を多く持てるよう工夫している。		
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	「天気いいからドライブに行きたい」との声に、職員同士が連携を図り、その日の体調をみながら、柔軟に対応している。その時の利用者の言葉に耳を傾け、希望にそって支援するよう努めている。		
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	本人と家族の希望を伺った上で好みの衣服・化粧品などを買に行き、生活の場面(外出行事の際など)には、用途にあった身だしなみを楽しめるように支援している。		
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	調理や盛り付けなどやりたい・できる利用者と一緒にいる。外出先での食事や視覚からも楽しめるように寿司職人を招いた会食を提供するなど『食』への楽しみに配慮している。	利用者と話し合った献立で日々の食事が提供されている。誕生日の夕食を企画したり、すし職人来てもらって寿司屋の雰囲気の中で注文できるなど、食の楽しみや満足感が高い。家族アンケートでも評価が高い。	
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	食事量が著しく低下した人には家族と検討し、本人が昔から慣れ親しんだ味を取り寄せ、提供している。全利用者に水分チェックシートを活用し、飲み物を数種類用意したり形態を工夫して楽しく摂れるようにしている。		
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	洗面所脇に口腔ケア用品を備え、食事の後に口腔ケアが行えるような環境を作り、声掛けや義歯洗浄など支援している。義歯の不具合のある方には訪問歯科医と連絡を取り受診支援を実施している。		

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
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	水分補給の取組みに合わせ、特に排便がスムーズに行えるよう、排泄チェック表や身体機能に基づき、できるだけトイレでの排泄支援に取り組んでいる。本人のシグナル・タイミングを把握し自尊心に配慮した支援に心掛けている。	トイレでの排泄を声掛けしている。現在は昼間のおむつ使用者はいない。夜間は3名使用。服薬に頼らず、水分補給やゼリーの摂取などを心掛けて排便調整を行っている。	
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	排便状況の把握に努めるとともに、水分補給や乳製品の摂取、簡単な体操や運動を行うことで便秘の予防に努めている。また、必要な方にはオリーブ油や食物繊維を利用し、なるべく下剤の使用を控え、自然に排便が出来るよう支援している。		
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	重度化に伴い、入浴動作が本人及び職員共に負担となってきた為、バスリフト(福祉用具)を導入し安全・安楽に努めている。急に「入浴したい」と希望があると即座に対応し、清潔保持が図れるよう努めている。	浴室は清潔に保持されている。檜風呂はぬくもりが感じられる。バスリフトが準備され、現在3名使用しており、利用者の安全安心と職員の負担軽減に役立っている。	
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	居室では寝具及びベッド形態など、心身の状態に応じて本人及び家族と相談し選定している。居室に限らず、食堂ソファや和室の畳間で仲間と身体を伸ばしたり、くつろいだりできる環境を提供している。		
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	これまでの服薬状況はお薬手帳で管理している。また、調剤薬局についても一元管理することで、飲み合わせによる副作用等が起こらないように工夫している。服薬は飲み忘れがないよう一人ひとり手渡し、飲み込みを確認している。		
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	本人や家族からこれまでの暮らしや好みを聞き取りしたり、普段の様子を通して感じたその方の楽しみや喜びを生活の中に取り入れることで、生きがいや活力を感じて頂けるよう支援している。		
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	普段の会話の中で「〇〇に行きたい」との希望に、出来る限り添えるよう散歩やドライブに出掛けている。また「おにぎり持ってピクニックに行きたいね～」との声もあり、近くの公園におにぎりを持ってピクニックに出掛けたり、家族が利用者との思い出作りを支援したりしている。	近所の小公園へよく出かける。近くのおとぎの森公園へおにぎり持参でドライブに行くなどしている。本人の思い出の場所に行きたいという希望もできるだけ叶えるようにしている。城端線に乗って自宅に行ってきたり、季節感のあるイベントに出かけることもしている。	

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	小口現金を預かっている。個人の生活に必要な物などを一緒に購入したり、算盤の得意な方には残金の計算をしてもらっている。小口現金の収支報告は定期的に家族に行っている。		
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	家族に了解を得て、本人から希望があった場合は電話をかけ、不安なく家族などとコミュニケーションが取れるよう支援している。また、本人が作成した絵手紙や年賀状を遠方にいる兄弟や友人へ送り、関係が途切れないよう支援している。		
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	居室は食堂兼居間と壁や廊下で仕切られており、プライバシーに配慮した作りになっている。食堂の手作りカレンダーには、毎月利用者と季節に合った飾りを作って貼り、季節を感じてもらえるよう工夫している。採光についても、2重カラーのブラインドを使用し細やかな配慮を心掛けている。	建物は平屋で、食堂や居間は天井が高く、ゆったりとした空間である。食堂は南向きで明るい。床暖房も設備されている。和室には特徴的な仏壇も設置され定時の読経が行われている。	
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	食堂兼居間は、ダイニングテーブルやソファの配置を工夫し、気の合う利用者同士が会話をしたり穏やかに過ごせるよう環境作りをしている。		
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	重度化に伴い、身体状況に合わせたベッドに入れ替えをしたり、冬場は加湿器を置いている。また、出来る限り本人と一緒に居室整理や掃除を行い、本人がなじみ安楽に過ごせる居室作りを心掛けている。	居室の入口は格子の引き戸である。大きめの表札が自分の居場所を示している。ベッドはその時の身体状況に合わせてレンタルされている。室内は清潔でその人に合わせた整理整頓ができています。	
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	廊下には可能な限り手すりを取り付けてある。居室戸には、「表札」を、排泄動作がスムーズに行えるよう、トイレ入り口付近には、「便所」と記し、視覚的に働きかけている。		

## 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	5	離設対策に協力してくれていた近くの駐在所がなくなり、離設した際の協力体制が不十分である。	①駐在所との協力体制の構築を図る。 ②自治会および近隣住民との連絡体制を構築する。 ③近隣住民と顔なじみの関係を構築する。	①移転先の駐在所に利用者情報を提出し、離設時の協力をお願いする。 ②自治会にて緊急時の協力をお願いし、緊急連絡網を作成する。 ③近隣住民も参加できる行事を催し、利用者と近隣住民との交流を図る。	12ヶ月
2	13	事業所内にスプリンクラーの設置はしてあるが、地域が水道未設置の為、作動できない。	スプリンクラーの設置に向けて関係部署に働きかけ、災害に備える。	早急に理事会に図り、設備について検討していく。	3ヶ月
3	12	重度化に向けて本人もしくは家族の意向確認や訪問看護ステーションとの業務契約により緊急時の体制作りに向けて取り組んだが、この1年看取りを迎えた方はおられなかった。	終末期に向けて今後も主治医及び訪問看護ステーションとの連携を継続していく。	終末期を迎えた方については、その都度ケアプランを見直し、必要に応じて主治医および訪問看護師を交えてカンファレンスしていく。	12ヶ月
4					ヶ月
5					ヶ月

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。