

# 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	2570100913		
法人名	有限会社 ライフビレッジ		
事業所名	やすらぎの郷		
所在地	滋賀県 大津市下阪本4丁目8-18		
自己評価作成日	平成24年9月27日	評価結果市町村受理日	平成24年11月6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	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2F		
訪問調査日	平成24年10月26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)】

・生活が単調にならない様に、月曜日から土曜日までの午前中は、デイサービスを実施し、カラオケや映画、健康体操など提供し楽しんでもらっている。  
 ・食事に力を入れている。三度の食事を美味しく食べてもらう事により、ご利用者の健康と満足を目指します。  
 ・四季折々の飾り付けや、お花見や餅つき等の年間行事を実施する事により、今がいつなのかを実感してもらい易く工夫している。  
 ・個別的なサービスが適時適切に提供出来る様に、スタッフ全員を対象に定期的に認知症の研修を実施している。

## 【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)】

「各利用者の人間性の把握に努め」、「利用者の満足とともに家族にも満足と安心を与え」、「地域の中で暮らしたいと思う家づくり」を理念として、全職員が互いにスキルを磨き合い、実践に努めている。家族も信頼感を寄せ、年1回の利用者を囲む親族会まで事業所で開く家族も出ている。万全の配慮をしても発生した事故については、その場で適切な処理をした後、その原因を検証し、防止策を実行し、同時に家族に迅速に報告して、家族に安心を与え信頼を得ている。創設以来、10件以上の看取りを行い、現在全ての利用者家族との間に看取りの同意を交わしている。毎日のモニタリング記録は、連絡帳の形式をとって事実とその対応を詳述し、全職員はこれを共有し日常生活支援と介護に反映させて、利用者とその家族に高い満足感を与えている。

## 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	運営理念の3つ目に「地域密着」をうたっており運営方針にも「地域との交流を大切にします」と説明している。住み慣れた地域や人間関係を大切に、暮らしの継続を心がけている。	利用者の個性・独自性を尊重し、家族が安心出来る支援を行い、地域と駆け合った生活が出来る家作りを理念に謳っている。職員は利用者の「今」を受け入れ、地域の人達と触れ合いながら、毎日を達成感を持って送れるよう支援し、実践に努めている。	
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	地域の行事には参加する様に心がけている。又グループホームの夏祭りや餅つきなどの行事には、自治会役員をはじめ地域の有志の方の参加があり、交流に努めている。又老人会が畑の管理をしている。	夏祭りや餅つきへの参加や、畑の管理などで地域の協力を得ている。事業所は地域の要望があれば認知症の講座を開く等、互いに協力し合える関係を築いている。	
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	徘徊SOS緊急ダイヤル協力事業所として登録している。又、地域の要望があれば認知症等に関する出前講座に出向いている。		
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	地域からの代表3名、包括支援センター担当者、家族代表2名、グループホームから3名の計9名で構成し2ヶ月に1回開催している。ここで出される提案や課題は対応策を打ち出しサービス向上に生かしている。	運営推進会議の討議で出された課題や提案は、即刻職員に報告し検討して対応策を編み出して実施し、運営に反映させている。議題は、事業報告、外部評価結果の開示、運営上の課題検討などとなっているが、議事録は議題の記録に留まっている。	出席しない職員、会議を欠席した構成委員にも討議内容が理解できる様、議事録には討議内容や結論を記録してほしい。
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	市の高齢福祉課には出向いたり、電話連絡等で情報の確認や指導を受ける様にしている。	高齢福祉課とは、制度上の相談や指導や施設長の資格を生かして認知症講座を担当するなど、相互協力関係にある。地域包括支援センターとは、介護現場の情報の提供や利用者紹介がある。	
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	スタッフ全員に「身体拘束廃止への対応」と云うテーマで研修を実施し、身体拘束の具体的な行為の周知に努めている。又、スタッフの見守り、心配りで拘束のない環境を提供している。近隣の住民も見守りに協力してもらっている。	毎年職員は身体拘束ゼロ内部セミナーに参加して、常に意識を新たにしている。利用者が夫々に自分の家であるという認識で接しつつ見守りを徹底し、夜間のみ保安上玄関を施錠している。地域の見守り体制も構築している。	
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	管理者は虐待防止の研修を受講しそれを持ち帰り全スタッフに指導している。又、スタッフのストレスマネジメントに配慮している。		

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
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	管理者は権利擁護に関する研修を受講しそれを持ち帰りスタッフ全員に伝える。又、過去、成年後見人制度につないだ事例が2つあり実践的に学ぶ機会もあった。		
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、解約時には担当者が書面をおって説明し、疑問にも答え、理解納得を図っている。		
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	直接伝えにくい事は、市の高齢福祉課や地域の包括センター等を利用する様に伝えている。利用者とは日々の会話の中から探る様にしており、ご家族とは面会時に話を聞く時間を設けている。	運営推進会議構成委員に家族代表を加え、要望や意見聴取を心掛けている。年4回の行事(花見、夏祭り、敬老会、餅つき)を利用し、家族の意向を聞き出し、介護面に反映させることにより、利用者と家族の満足度や信頼関係をを高めている。	
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	リーダー会議、全体会議等で拾い上げ、管理会議で図っている。	施設長がタイムリーな話し合いを持ち、職員が意見を出しやすい雰囲気をつくっている。職員全体会議でも提案可能で、ペースト加工しやすい食材の提案があり、早速採用した例が有る。	
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	年齢、男女を問わずスタッフの努力や実績を評価し報酬に反映している。		
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	OJTの実践により、日々その場で事例検討を実施し、毎朝の引継ぎ時には認知症介護研修をダイジェストに実施している。又、外部研修受講や2ヶ月に1度の認知症研修を実施している。		
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	月例会等で協力参加してもらい、その後の話し合いでサービスの質の向上につなげている。		

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	契約に至るまでに見学等を通じて、その間に情報収集をし、環境変化によるダメージを最少限にする様にしている。又デイサービス利用者からの入居者も多く情報量が多い為関係づくりはスムーズに行く。		
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	契約に至るまでに見学等を通じて、その間に家族の思いを傾聴する機会を持っている。		
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	支援の優先順位はアセスメント等で把握し、それに基づき実践している。		
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	スタッフは介護する人ではなく、生活のパートナーとして、共の暮らしの構築に努めている。		
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	本人、スタッフ、家族が同じ目線でリンクしあい、よい関係を築く様にしている。		
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	過去の生活歴をアセスメントする事により常に会話の中で意図して取り上げる等の支援をしている。又、昔のアルバムの持込も推奨している。	事業所では友人や家族の来訪を心から歓迎することに徹し、遠方の家族から手紙があったり、91歳の利用者に91歳の友人が訪問することもある。家族の訪問時に、協力も貰いながら連れ立って墓参りに赴く支援も行った。	
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	個室の選定、居間での座位置、食堂の席の選定等で関係の構築に努めている。又職員が間に入る事により利用者同士の関わり合いがよりスムーズになることも多い。		

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
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	サービス終了後も相談を受けたり、場合によっては他のサービスを紹介したりしている。又、他施設に入居された方への面会も実施している。		
<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	本人の思いを聴き、又、伝えられない人に対しては、色々なサインにより気づいたり家族にたずねたりしている。	自己の意思表示困難な利用者にはセンター方式を使って、その他は日常会話や生活態度の観察、家族からの情報で把握している。職員は気づきの都度必ず連絡帳に記入し、共有している。	
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	生活歴や好きな事や物、嫌いな事や物、又、発症経過等も把握している。		
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	現状把握はしているが、把握が難しい人にはセンター方式のアセスメント表を適時使用し情報の獲得に努めている。		
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	現状から課題を見つけ出し、その課題を解決する為の目標を設定し、目標達成のための支援や対応を共有、実践し、評価につなぐと云う流れで実践している。	介護計画書は変化が生じた時は即刻、通常は6ヶ月毎に更新し家族の承認印を得ている。目標設定が明確でそれを毎日のきめ細かいモニタリング記録により確認し、常に少しの変化でも対応を検討し実施すると共に、家族に連絡している。	介護計画書の更新は、変化がなくても3ヶ月毎に実行することが望ましい。
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	現状を書き、その現状からの気づきを書き、その気づきから必要とした支援を実践し、その人がどうなったかを記録している。		
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	家族の宿泊を受入れたり、場合によっては入院の付き添いも実施した事がある。又本人や家族の希望により、年に2回の温泉一泊旅行を実践している。		

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	民生委員の訪問や実習受け入れ、警察との行方不明時等の連携、消防の消火訓練や救急救命法講習受講、学生体験学習受け入れや運動会見学等を実施している。又老人会による畑管理の協力も得ている。		
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	2週間に一度の定期往診と急な場合の指示を受けられる体制のもとに支援している。又必要な時は緊急往診に対応している。	利用者全員が同意して、協力医をかかりつけ医としている。隔週の定期往診のほか、症状に応じて緊急往診、看取りに際しては毎日往診を受けている。毎週看護師の検診があり、歯科その他の特科診療も支援している。	
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	1週間に一度の訪問看護についての健康管理と、ならびに医療連携をとる体制のもとに支援している。又必要時には24時間対応で連携が取れる様になっている。		
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。	入退院時の情報交換はもとより、出来るだけ早期に退院して、慣れ親しんだ環境にて安心して生活出来るように、病院とは連携している。		
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	重度化や終末期の支援については基本マニュアルを作成し、利用者、家族に説明している。又、状態の変化に応じて、適時適切な時にその対応について話し合っている。	重度化終末期の方針を文書化し利用開始時に説明し利用者・家族の確認印を得ている。その後状況の変化に応じて話し合い、確認文書を作成している。利用者の家族全員が事業所での看取りを希望しており、看取りについては、協力医、職員や家族の支援体制を構築している。	
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	応急手当や初期対応についてはマニュアルを作成しスタッフに指導している。又消防署にての応急手当の実習指導を受けている。		
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	災害時の避難訓練は全スタッフと地域の人が参加し消防署の指導下で避難訓練を実施している。	鉄骨平屋構造の事業所は、災害時の備蓄をして近隣の一次避難場所として地域防災体制の一翼を担っている。消防署指導の避難訓練や、地域住民の参加を得た自主訓練を行い、救命救急研修も実施している。	

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
<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	利用者一人一人の誇りやプライバシーを尊重するために、声掛けや、声のトーン等に気をつける様にしている。又、個人情報を含む文章や書類は事務所の保管庫で管理している。	利用者の尊厳とプライバシーを尊重する意識を全体会議で確認し合い、日頃の声かけに反映している。個人情報を護るため、「やすぎ便り」も利用者毎の生活報告部分を作り、夫々の利用者家族に配布している。	
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	自分で選べる人には、選べる場面を作り、選べない人には、思いに気づき支援する様にしている。		
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	利用者個人個人のペースを尊重する様にしている。起床や就寝時間の違い等、一人一人の暮らし方を探り、そのペースに近い生活が出来る様に支援している。		
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	選べる人には、その日着る服を選んでもらい、又スカートが常だった人にはスカートで過ごしてもらい、個人の好みを尊重して対応している。		
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	食べる時間や場所、好み等を知り美味しく食べられる支援をしている。又、食事の準備や後片付けは出来る人、やりたい人に楽しみながら参加してもらえる様に支援している。	手伝う意欲のある利用者は、下膳の手伝いをし達成感を得ている。配膳は、利用者ごとの食事内容が異なるので職員が行なう。食の楽しみを満喫してもらえる様、献立と食材に細心の工夫と気配りがある。全介助担当以外は、共に食事している。	
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	利用者一人一人の状態や習慣に応じて、馴染める美味しい食事提供に努めている。食事量と水分量はチェック表にて管理し、又制限に関しても医療の指示に添う対応をしている。		
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	毎食後の口腔清拭は個別的な方法で実施している。又 義歯の洗浄消毒や場合によっては歯間ブラシも介助に使用している。		

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	必要な人には排泄チェック表、ならびに排泄アセスメント表を使用し排泄パターンを知り、排泄の自立に向けた支援を実施している。	排泄支援のパッドなどは、自立回復の兆しを捉えて取り外し排泄の自立度を向上させた。健康管理に心がけ、正常な排泄ができる環境を生み出すよう努めている。	
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	便秘の予防のため十分な水分摂取や、飲むヨーグルトやバナナ等を食生活に組み込んでいる。又、毎日の健康体操の実施をし、腸の活動を促している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	利用者の好みの時間帯での入浴や、入浴回数で対応している。又入浴介助は1対1対応し、ゆっくりと入浴を楽しんでもらえる様支援している。	夏場は隔日、冬は3日に1度の入浴である。入浴を忌避する利用者は、施設内を一巡することで誘導出来る場合がある。併設するデイサービスの入浴施設を利用して同性介護に徹し、気兼ねなくゆったりと好みの時間帯で入浴を楽しんでいる。	
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	睡眠の個性は重視しており、その時々適時適切に対応している。例えば、時間、寝具、寝衣、場所等。		
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	服薬管理表にて、個別に薬の効用、副作用、用法、用量について、いつでも確認出来るようにしており、症状の変化も医療連携ノートにてチームで確認出来る様にしている。		
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	菜園での野菜や花造り、犬の餌やり等を担当してもらったりして、各自が役割を持ち過ごせる様支援している。利用者の好みや長所を生かしたケアグッドネスケアプランを作成して実践している。		
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	構内の散歩や、地域の散策、又ドライブや買い物温泉旅行なども実践している。又可能な人はご家族の協力を得て、墓まいりや外食等も実施している。	設立当時からの利用者は重度化により外出できない人もあるが、外出可能な利用者は、職員と共に週5回近く外出している。季節の変化を感じさせるドライブや、可能な人は春秋の温泉旅行(今回は6人)を楽しみにしている。	



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	お金を持つだけで安心している人や使用する事により満足される人など、個別的に能力や希望を精査し支援している。		
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	電話を掛ける手伝いをしたり、手紙の代筆をしたり、来た手紙をファイルに整理したりする支援を実施している。		
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	共有空間は暮らしの継続の視点で和のしつらえを基本としている。又、光や温度、湿度の管理は常に心がけている。又、共用のデイサービスフロアでは季節毎の飾りつけをし季節を感じられる演出をしている。	併設するデイサービスの利用者と触れ合える共用の広い空間は、四季折々の飾り付けを施し、利用者はお出掛け気分を体験する。居室の前面は畳敷の居間で食堂に繋がり、寛ぎの場である。トイレや浴室は広く清潔である。	
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	居間や食堂や和室には、それぞれに一人用の椅子やソファ、座布団等を置き思い思いに過ごせる様に配慮している。		
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	馴染みの家具や家族のアルバム等の持込を勧めている。又、仏壇を持ち込まれている方もおり、我が家として落ち着いて暮らせる様に支援している。	利用者は、使い慣れた家具や、中にはテーブルまで持ち込み、壁面は思い思いの装飾を施して、利用前の生活を継続できるよう支援している。季節毎にハンガーに衣類を架け替え、自分で好みの服を選びやすくしている。	
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	必要な所には手すりを付け、他には全てみきり仕様になっている。又、壁は二色ずりにして、空間をとらえ易い工夫をしている。		

## 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	4	運営推進会議の議事録が簡単すぎる。	議事録をもう少し詳しく書く。	会議の記録担当者への伝達。	2ヶ月
2	26	介護計画の3ヶ月ごとの見直しが出来ていない。	変化がなくても3ヶ月ごとの見直しをする。	介護計画作成者の業務として取り組む。	3ヶ月
3					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、行を挿入してください。