

### 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			
法人名	社会福祉法人 みまき福祉会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 ほのぼのホーム		
所在地	長野県東御市布下37		
自己評価作成日	平成23年9月5日	評価結果市町村受理日	平成24年5月7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	株式会社マスネットワーク 医療福祉事業部		
所在地	長野県松本市中上13-6		
訪問調査日	明治33年1月0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)】**

「いつまでもすこやかに生き生きと安心して暮らし続けたい その願いをかなえる核となります」そして「のびやかに すこやかに」という法人と事業所が掲げる理念のとおり、認知症である利用者が安心しておだやかに生活できていること。利用者どうして話したりくつろいだり、野菜の皮むきや食後の食器洗いや洗濯物たたみなどそれぞれの利用者ができることを無理のない範囲で実際に行ってもらっていること。

**【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)】**

「のびやかに、すこやかに」の理念の下、利用者の「その人らしい生活」を支援する介護が職員の中に浸透している。近隣3地区との地域連携情報会議や運営推進会議を通じて地域からの支援や協力を頂き、各種の地域行事や子供たちの催し物に参加したり、事業所行事に招待して地域の一員として定着した暮らし作りをし、地域から暖かく見守られた日々を送っている。隣接事業所や診療所との有機的な連携が行われ、防災協力、健康管理や医療、温泉利用、重度化や終末期への対応など、利用者の「すこやかに」を実現する環境を整えている。現状のサービス提供に留まることなく、利用者本位になって、地域を始め関係者の声を受け止めて新たな取り組みに立ち向かっている職員の真摯な姿勢が窺えた。

**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**

ユニット名( )							
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				
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	事業所の理念「のびやかに、すこやかに」を誰もが見えるところに張ってあります。定期的にパンフレットの見直しもしています。	法人の理念を踏まえた、サービス提供の拠り所となっている事業所独自の理念を持ち、食堂の壁に、何時でも目に留まるように掲げられている。会議で話したり、唱和したりして職員の共有化を図っている。理念は職員にとって介護で迷った時など、立ち戻る原点となり、しっかりと根付いている。職員は年間の目標を決めて、サービス提供の実践に取り組んでいるが、理念の実現を根底に置いた目標となっている。	
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	近隣3地区と地域連携情報会議を開催しています。直売所で買い物をしたり近所を散歩した時に気軽に話しかけてもらっています。また、近くに畑を借りて季節の野菜を作っています。近所の方と話す機会が増え、草取りなどのボランティアさんも来てくれます。	地域行事への参加、保育園や中学校の催し物への出席、事業所行事への招待など、地域との交流や親睦が暮らしの中で自然に行われている。散歩や買い物の際の挨拶や会話、近くの畑を借りて野菜作りをするなど地域の一人として暮らしている。	
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	法人主催の事業所発表会で認知症への理解を促しています。また、家族会で認知症勉強会を行いました。		
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	運営推進会議と家族会を合同で開催し、話し合いの内容を職員全員で共有しサービスの向上に努めています。	年6回開催し、家族会との合同会議となっている。行政、地域、家族の参加の下、活発な意見交換と事業所のありのままを伝える議題を提起し、中身の濃い会議となっている。提案された意見等は今後のサービスに活かすよう取り組んでいる。	
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	地域包括支援センター、高齢者係と連絡を取り合いアドバイスや必要な情報を頂いております。	運営推進会議の開催場所が事業所と離れているので、会議の折には必ず事業所を見て頂き、現状の理解に努めると共に各種の会議を通じて情報の共有化を図りながら、行政との協力関係を築いている。介護相談員の訪問も年2~3回あるので、今後は相談員からのありのままの情報を得る取り組みが望まれる。	

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
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	いずれの職員も指定基準を理解しています。当然身体拘束も行なっておりません。	法人全体で開催する認知症の研修や接遇研修に参加して、人権や尊厳の保持についての理解が出来ているので、見守りや連携プレーを重視して抑圧感の無い暮らしの支援が出来ている。玄関等の施錠はないが、センサー等でリスクの軽減を図っている。	
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	各職員が虐待について理解しています。日常の介護における各場面でもお互いに注意できる環境であり、虐待が見過ごされることがないようにしています。		
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	研修資料などを回覧して学習しています。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	本人はもちろん家族にも契約書、重要事項説明書をわかりやすく説明します。疑問があればその都度納得できるように説明しています。		
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	家族等が面会に来た折、また会議の際などに意見や要望がないか確認しています。意見や要望があれば実践しています。	家族会が年6回開催され、家族同士の話し合いの場も設けられているので家族等が意見を言い易い環境が整っている。面会時やより、電話等で利用者の様子を伝えて家族の安心を得ながら、思いや意向を聞くように努めている。年1回、家族を交えて、認知症の勉強会も開催している。	
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	法人全体では運営会議を開催しています。毎年すべての職員が自己申告書を作成し、面談を行なっています。事業所ではスタッフ会議を開催しています。いずれも意見や要望、提案等を聞く機会が用意されています。	サービス提供実践の年間目標を決めた自己申告書を中心に、年1回の個別面談会を行い、職員の思いや意見を聞く機会としている。スタッフ会議も意見を言える場となっている。密着型サービスはメンタル面での悩みが多くなる傾向にあるが、メンタルヘルスへの取り組みも行われている。	

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
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	理事長、常務理事、施設長がこまめに訪問します。職員各々が毎年自己申告書を作成して提出しています。また、それをもとに面談をしています。		
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	認知症研修、虐待防止、感染症予防など実務に必要な研修を実施しています。また、地域福祉論、高齢者福祉論など介護福祉士や社旗福祉士試験対策としても有効な研修も実施しています。		
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	依田窪福祉会と合同の研修を定期的に行っています。東信地区の同業者と勉強会、相互評価などの自己啓発活動を行っています。		
<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	利用者や家族と面談を行なっています。自宅の様子を確認したり、担当のケアマネジャーと話したり、デイ利用時に面談したりすることもあります。		
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	利用者や家族と面談を行なっています。利用者の前では話しにくい場合には別に機会を設けて家族と話します。電話等で確認することもあります。		
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	地域包括支援センター、高齢者係、それまで担当していたケアマネジャーや介護サービスに助言をいただいております。		

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
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	各職員は、本人を、同じ家で生活をともにする家族のような間柄として認識しています。一緒に食事を作ったり、一緒にそうじをしたりなど、いつも本人が孤独にならないように声をかけながら楽しく生活できるように援助しています。		
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	本人は今、当事業所に入所していますが、私達はいつも本人の在宅復帰が叶うように日々援助しています。		
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	外出や外泊は自由であることを説明しています。家族や友人が訪問の際はまわりに気をつかうことがないように配慮しています。併設のデイで近所の方や友人と過ごすこともあります。また、特養と一緒に忘年会や敬老会などを行ないます。	併設事業所を有効活用して、近所の方や友人との、これまでの関係の継続性が保たれるように支援している。理念である「のびやかに」の実現を念頭にして、利用者が「その人らしく」生きていけるように支えている事業所の姿勢が窺えた。	
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	食事の時の座席を配慮しています。ソファでくつろぎながら利用者どうしてテレビを楽しめるように努めています。新聞や雑誌、書籍を用意しいつでも読むことができます。趣味や興味のあることを継続できるように側面から支援しています。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	併設の特養に入所した利用者を訪ねたり一緒にお茶を飲んだりしています。合同で行事を行なうときにもまるで同窓会かと思わせるように時間を忘れてお互いの近況を語り合っています。		
<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	利用者やご家族から、思いや希望をできる限り聞き取っています。また、日々のケアの中からも探っています。趣味や生活歴などからも希望や意向を検討しています。	センター方式の一部活用により、利用者の基本情報を把握すると共に、関係機関からの情報も得て、利用者の思いや意向を把握している。利用者がその人らしく生きていける環境作りのため、好きなことや出来ることを把握し、提供するよう取り組んでいる。	

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
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	入所前に担当していたケアマネジャーからの情報提供を参考にしています。しかし、それだけにとらわれることなく、本人に確認したり、家族や友人の訪問時にも趣味や生活歴などを確認します。また、日々本人と関わりながら情報収集しています。		
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	職員間の申し送りはもちろん記録の見直しも行なっています。事業所の職員だけではなく併設のデイの職員やかかりつけ医や訪問看護師からも情報を収集しています。		
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	カンファレンスでの検討はもちろん日々の申し送りなど随時職員間で話し合うようにしています。かかりつけ医や訪問看護師、場合によっては法人内の多職種協同支援者会議で意見を聞いて介護計画を作成しています。	介護計画作成担当者が中心となり、かかりつけ医を始めとする関係者の意見を踏まえて介護計画は作成されている。月1回、カンファレンスを行い、モニタリング・評価に繋げ、現状に即した計画となるよう、見直しを行っている。	介護計画の実施状況の把握は、介護記録やサービス提供の具体的記録から行われることが望ましい。両記録とも様式を含めて検討し、記録し易く、見易いものとなるよう期待したい。又、サービスの提供者や頻度は、さらに具体性を持たせるよう対処することを望みます。
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	日々の日報や利用者ごとの記録に記載し、職員間の統一を図っています。また、申し送りノートに記録することにより情報を共有しています。		
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、その時々にも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	急な外出や外泊、家族や友人の訪問に柔軟に対応しています。		
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	運営推進委員に民生委員や地域包括支援センターの職員に入ってもらっています。会議はもちろん行事にも参加していただいています。法人として近隣3区と地域連携情報会議を開催し意見交換をしています。訪問理容サービスも取り入れています。		

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
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し、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	本人や家族の希望で選択してもらいます。受診や通院は本人や家族の希望に応じて対応しています。家族が同行できない場合には職員が同行しています。	利用者と家族の希望するかかりつけ医となっているが、ほぼ全員が隣接する事業所の協力医療機関となっている。週1回、契約している訪問看護ステーションの看護師の訪問があり、体調管理や医療面での安心を得ている。	
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	訪問看護ステーションと契約し週1回看護師が訪問してくれます。健康管理や医療面での相談にのってくれます。体調や表情などから介護職では気が付かない部分の助言をもらっています。また、利用者にもよき相談相手になっています。		
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。	診療所の医師に相談し、本人や家族にとって最善の方法がとれるようにしています。		
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	加齢に伴って重度化する場合や終末期を迎えることも充分起こりうることで、利用者や家族の希望を踏まえ、医師や職員が連携し、安心して納得のいく生活や終末期ケアができるように取り組んでいます。	重度化や終末期に対する基本姿勢が明確になっており、家族等からの理解も得ている。医療面でのバックアップも得られ、職員への意識の共有化も図られているので、家族等の希望に充分答えられる体制が整っている。	
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	緊急時のマニュアルを整備してあります。そして救急法の研修を受けています。また、日々職員同士で勉強し合い、訪問看護師からも指導を受けています。		
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	法人全体で防災計画を策定しています。また、地域の消防団と協力体制を作っています。近隣3地区と共同で地域連携情報会議を構成し災害時に備えています。	自動通報装置、スプリンクラーの設置、避難経路図、年2回(昼・夜想定)の避難誘導訓練も行われ、近隣(地域住民・消防団など)の協力も得られ、防災への備えは充分である。隣接する事業所との防災についての連携(応援協力・備蓄等)も取れている。	

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	援助が必要な場面でもまずは利用者本人の気持ちを大切に、自尊心を傷つけないように配慮しています。情報収集や他の事業所と連携の際にも守秘義務について充分理解し、取り扱いと管理に気をつけています。	認知症や接遇の研修が行われ、人権や尊厳の保持について職員の共有認識は充分に出来ている。年長者として敬意を払うことを忘れずに対応することを心掛けて、個別性の支援に取り組んでいる。個人の書類等は他者の目に触れない努力をすると共に保管については収納スペースを確保している。	
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	それぞれの利用者に合わせて声をかけています。意思表示が困難な時でもその表情などを観察し、できるだけ本人が決めるように配慮しています。		
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	食事時間など目安となる流れはありますが、利用者それぞれの体調や気持ちに配慮しながら、できるだけ個別性のある支援をしています。		
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	その日に着用する服はもちろん、入浴時の更衣の際にも声かけを工夫してできるだけ利用者本人に選んでもらいます。		
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	決して職員が全工程を行ってしまうのではなく、野菜の皮むきや味見、食後の食器洗いなど利用者にもできるだけ参加してもらい、食事を楽しくするように工夫しています。	調理の下準備、片付け、洗い物などは利用者の出来る範囲で職員と一緒にやっている。利用者1名と共に食材の買い物に出掛けている。畑で採れた物や地域からのお裾分けも活用して、職員が工夫して献立を作成し、会話をしながら、利用者と職員と一緒に食事をしている。昔の家庭における家長の存在する雰囲気大切に、食事の始めと終わりの挨拶を一斉にして和やかな空間作りをしている。	
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	各利用者の日頃の様子を考慮して食事や水分摂取の状況を観察しています。日々の申し送りやカンファレンスで検討し、医師や看護師に相談することもあります。		



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
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	毎食後に口腔ケアをしてもらっています。就寝中に義歯の洗浄を行います。		
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	各利用者の排泄に関わる習慣やパターンを職員が理解し、可能な限り失敗することなくトイレで排泄ができるように援助しています。	トイレを利用しての排泄を介護の基本とし、尿取りパットやリハビリパンツを活用しながら、一人ひとりの排泄パターンに応じて、トイレ誘導や声掛けをしている。排泄に関して自立している利用者は2名いる。	
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	食事には繊維質の多い野菜を多く使っています。摂取の状況を把握し、運動することが生活の中に自然に取り入れられるように工夫しています。また、自尊心を傷つけないように排便チェックを行っています。		
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	火曜日、土曜日以外に実施しています。予定表を作って準備しますが、希望があれば入浴できるように配慮しています。利用者の希望を取り入れて温泉で入浴してもらっています。	入浴は隣接する事業所の一般浴(温泉を入湯・リフトの設置あり)を利用し、1人週2~3回・1日3~4人・午後・火、土曜日以外毎日行われている。状況に応じて利用者の随時の希望も取り入れていることを伺った。事業所設置の入浴設備は活用には困難が多いので、シャワー利用をしている。	
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	夜間はもちろん日中でも自由に休息してもらっています。居室のベッドはもちろんソファや縁台、畳の上などでいつでも休息できます。		
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	処方されると職員で学習します。また、個人ファイルに処方薬の説明書の写しを入れて常に確認しています。		

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
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	各利用者が好きなことやできることを職員が理解できるように努力しています(例、将棋、散歩、塗り絵、畑、テレビ、歌など)。そして、無理のない程度に継続できるように援助しています。		
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	散歩を希望の際には一緒に散歩したり、買い物に出かけたり、時には日光浴しながらみんなで歌を歌ったりなどできるだけ屋外に出かけられるようにしています。家族との外出もいつでも行ってもらっています。	理念の「のびやかに」の実現のため、事業所内だけの暮らしから脱して、散歩・買い物・畑仕事・草取り・四季折々の花々の鑑賞さらに、日光浴を行い、外に出る機会を多く持てるよう努めている。外食を含めて、花見・紅葉狩り・日帰り入浴・観光地行きなど遠出の外出も楽しみの一つとしている。	
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、お金を所持したり使えるように支援している	行事や散歩などで外出の折には欲しいものを選んで購入できるように配慮しています。		
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	希望にあわせて行っています。家族から電話の際にも本人と話すこともあります。		
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	季節の草花を飾って眺めたり見て楽しんでもらっています。利用者が自ら進んで水をくれたりする場面にでくわすこともあります。採光を調節したり空気を入れ替えたりして、自然を感じながら気分転換ができるように配慮しています。	段上がりの畳の間兼事務室からは居室・居間・食堂・台所とすべてが見渡せて、開放感あふれた空間となっている。台所は電磁調理器を使っており、周辺は整理整頓が行き届き、採光も良く、明るく穏やかな雰囲気が漂っている。西日対策でゴーヤの緑のカーテンや庭の花々の植栽などこれまでの家庭の暮らしを大切に取り入れていた。	
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	食事用のテーブルやテレビの前のテーブル、ソファ、畳の上など思い思いの場所でくつろいでもらっています。		

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
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	入所の際に、自宅同様使い慣れたものをそのまま使用できる旨を説明しています。また、可能な限り家族が用意したものを使用できるようにしています。	ベッドの部屋、布団の部屋と利用者個々の活用となり、季節毎の衣類等の入れ替えは家族等に行ってもらい、利用者と家族とで作り出す居室となっている。改修した2部屋は周囲に窓はないが、天窓を活用して自然光を取り入れる工夫がされていた。他の居室は掃き出し窓となり、災害時の避難がしやすく、採光も良く、懐かしい街並みや山々が見渡せる部屋となっている。	
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	長距離の歩行が困難でも、伝い歩きができるように食事用のテーブルや椅子、ソファ、縁台、畳のスペースなどところどころにつかまったり休んだりできるように配慮しています。そして、いつでも職員がそれとなく介助に入れるようにサポートしています。		

## 目標達成計画

作成日: 平成24年1月5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	26	介護計画がされ、カンファレンスやモニタリング、評価も実施されている。しかし、介護計画の内容が日々実施できたか否かの記録(サービス提供記録)がない。介護サービス提供事業所としてさらに充実させる為には提供記録の準備が必要。	介護計画が実施できたか否かの確認用にサービス実施記録を作成する。事業所内でその必要性を話し合い活用する。	日誌や入居者それぞれの日常生活記録など日々記録するものが多いので、各職員があまり負担に感じないものを提案しあって作成する。また、実際に活用してより記録しやすいものにしていき、日々のケアがより充実していくようにする。	3ヶ月
2					
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。