

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	4390100685		
法人名	医療法人 室原会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護 鈴の音		
所在地	熊本市中央区国府1丁目3-15		
自己評価作成日	平成25年2月1日	評価結果市町村報告日	平成25年4月15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	http://search.kaigo-kouhyou-kumamoto.jp/kaigosip/Top.do
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 九州評価機構
所在地	熊本市中央区上通町3-15 ステラ上通ビル4F
訪問調査日	平成25年2月13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)】

1階が小規模多機能型居宅介護、2階がグループホーム、3階が介護付き有料老人ホームと複合型の施設です。地元で長く開業している医院が母体で施設に隣接しているため、定期検診や理学療法士・作業療法士の訪問による指導など医療面での対応も充実しています。毎月地域のボランティアの方々の慰問もあり交流の場となっています。また、「家族的介護」という理念に基づき、認知症ケア専門士を中心に個々の有する能力を活かし継続できるよう毎月、外出やお菓子作りを実施、また、一人でくつろげるパブリックスペースを設けゆつくりと静かな生活を送れるよう環境作りにも配慮しています。

【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)】

熊本市内の電車通りから少し入った場所に地域のニーズに応える形で医療法人の高齢者複合施設として開設され、交通の便は良いが、とても静かな環境に位置している。医療法人を母体として各種委員会の設置や研修、また医療体制での連携が構築されており、家族や入居者にとっても安心・安全なホームとなっている。入居者同士で「熊本弁かるた」をしたり、ボランティアの訪問と一緒に縫い物をするなど日々の生活も活動的である様子が伺える。今後は生活リハビリを通して身体機能低下防止に努めるとともに、地域における認知症の啓発の拠点となるような取組みも期待したい。

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、生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
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	「家族的介護」を介護理念に掲げている。また、地域密着型サービスの意義をふまえた心がけを作成しカードにして身につけ、実践につなげている。	設立時に作成した「家族的介護」という介護理念を玄関ホールに掲示している。理念と心がけをカードにして名札の裏に携帯し、日々の業務にあたっている。	
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員として日常的に交流している	回覧板を回してもらったり、毎月地域の方に催しのボランティアとして来ていただいたり、ふれあいを大切にしている。また、買い物や散歩の際、地域の方への挨拶を交わしたり声をかけたりと交流している。	自治会に加入し、回覧板で地域の情報を得ている。近隣のスーパーや商店に買い物に出かけたり散歩の時に地域の方と挨拶を交わしたり、毎月ボランティアの訪問で一緒に縫い物をしている。	
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	地域包括支援センターによる認知症介護研修の会場を提供し、地域の方や利用者家族への認知症の理解や支援方法の場として活用して頂いている。また、職員も参加し今後の事業所独自の地域貢献に活かしたい。		
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	小規模多機能型居宅介護事業所と一緒に運営推進会議を開き、活動報告など話し合いを行い、参考意見等をサービス向上に活かしている。	基本的に奇数月を開催月とし小規模多機能と合同で行われている。自治会長・民生委員・地域包括支援センター職員の他にも家族が交代で出席している。ホームの活動や予定を報告し質疑応答を行っている。	
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	市の担当者には事故の報告・相談、及び、運営上の相談等をしアドバイスを頂いている。また、介護相談員の受け入れや、運営推進会議には地域包括支援センターの方にも参加して頂き、情報交換等行い協力関係を築くように取り組んでいる。	事故報告に出向いたり、市の担当者とは相談や情報交換を行いケアに取り組むようにしている。介護相談員の受け入れも行っており、連携を深めながら入居者の状態を把握し、サービスに活かすようにしている。	
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	安全の為、玄関・ベランダにはセンサーを取り付けているが、自由に行き来できるようにしている。また、研修の実施や身体拘束マニュアルの中で介護保険指定基準における禁止の対象となる具体的な行為を明記し拘束をしないケアの実践に取り組んでいる。	職員は研修会に参加したり身体拘束防止マニュアルを作成し、身体拘束による弊害を理解している。自由に出入りできるようになっており、出かけられる時はさりげない声かけや見守り重視で身体拘束のないケアに努めている。	
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	職員会議で虐待防止について話をし徹底に努めている。また、全職員が日頃から、気づきを大切にケアを行っており、入浴や更衣時にはボディチェックを行い、見過ごしがないように注意を払い、虐待防止に努めている。		

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
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に参加した職員が復講し制度について学んでいる。		
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	入居前には必要な説明は行い、家族が理解・納得した上で契約を行っている。また、契約時のみならず、疑問点や要望には随時返答出来るように努めている。		
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	第三者委員会・意見箱の設置や、運営推進会議でご家族からの意見・要望を聴く機会を設け、それらを運営に反映させるように努めている。	家族の訪問時や運営推進会議にも交代で家族に出席してもらい、意見や要望を聞くようにしている。出た意見は職員間で話し合い改善するようにしている。	
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	定期的な職員会議では事前に意見を収集し、職員の提案を聴く機会を設け、反映させるように努めている。	職員会議では事前に職員の意見を記入してもらい、有意義な話し合いができるよう工夫している。また日頃より職員の意見や要望を把握するよう努めている。	
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	代表者又は代理である総括マネージャーが職員会議に参加し、職員の思いや要望を聴き、職場環境・条件の整備に努めている。また、頻繁に施設に来て、勤務状況の把握にも努めている。		
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	外部研修や施設内の研修会を行い、スキルアップに努めている。		
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	地域密着型サービス事業所の研修会や熊本市のブロック会に参加し、他の事業所との意見交換をする機会が増えている。		

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
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	事前に本人と面談し、希望や不安なことを聴き、受け止めるように努めている。また、可能な方には入居前に施設に訪問して頂き、不安の解消につなげている。		
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	事前の面談時や相談時にはご家族の思いをじっくりと聴き、それらの解消に努めている。		
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	面談時は、他のサービス利用も視野に入れ、本人と家族が何を必要としているか見極めるよう支援している		
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	一緒に家事をしたり、誕生会や季節行事など共に楽しく過ごしている。また、人生の先輩でもあり日々、いろいろなことを教えていただき良い関係を築いている。		
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	いつでも来ていただき、一緒に過ごしたり、食事をしたりして過ごしていただきながら、日頃の生活状況も伝えている。遠方に居る家族には写真付きのハガキをだして日頃の状況を報告している。		
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	面会を自由にしており、家族や知人との時間を大切にしている。また、昔の写真をもってきてもらったり、自宅に戻ったり、近所の人に会いに行ったり支援に努めている。	家族や知人が訪問された時はゆっくり過ごしていただくよう配慮している。入居者の要望に応じて馴染みの場所や知人を訪問するなどの支援を行っている。	
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	食卓の席の配置を検討したり、話題作りをし気の合う仲間の関係を大切に作る支援に努めている。		

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
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	入院時面会に行ったり、入院前後の相談や支援を行うように説明している。		
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	日頃から一人ひとりの訴えや行動をみて個々の希望をしっかりと聴いたり、訴えが困難な場合は、ご家族にも情報を頂き、生活に反映するように努めている。	日常のケアの中の普段の会話や表情から要望や希望を把握し、職員間で共有している。困難な方は家族からも意向を聞くようにしている。	
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	入所前に自宅訪問などを行い、記録として残すと共に、ご家族の面会の際にも話を伺い把握に努めている。また、事前に担当のケアマネジャーから情報をもらっている。		
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	毎日、生活を共に過ごし、状態を個人記録として残している。また、週2回、同法人の病院から理学療法士や作業療法士の訪問・指導や、月1回、施設医の定期検診も行っており、色々な専門分野のスタッフにより状態把握に努めている。		
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	本人に合ったケアの在り方についてご家族の希望・要望を踏まえ、月に1回、職員間で話し合いをもち、介護計画を作成している。また、定期的にモニタリングも行っている。	入居者や家族の意向、生活歴をもとに介護計画を作成している。定期的なカンファレンス・モニタリングを実施し、職員の意見交換を行いながら計画の見直しを行っている。	
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	日々の状態を個人記録に記入し、申し送りの徹底を図っている。また、ケアプランに沿った記録を行い、介護計画の見直しに活かせるように取り組んでいる。		
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	施設の畑で採れた野菜を料理したり、急な要望にも対応をしている。また、体調不良時の通院介助は職員で支援しており、他の階の職員とも連携をとり、緊急な状況にも柔軟に対応できるように努めている。		

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
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	回覧板で地域の状況を把握したり、地域の方にボランティアとしてきてもらっている。また、入居者の方も消防訓練に参加して頂き、心身の力を発揮し、安全な暮らしができるように支援している。		
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	月に1回は主治医に受診。家族が通院に付き添う際は、かかりつけ医に日常の状況などを書いた情報提供書を作成している。	入居時にかかりつけ医の希望を聞いて、協力医療機関へは職員が通院支援を行い、家族が通院同行をする時は日頃の状況の情報提供を行っている。	
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	常勤職員として看護職員を1名配置。また、地域の医療機関を協力医とし、施設医が中心となり関係作りをおこなっている。同法人の病院とも常に連携をとっている。		
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。	地域の医療機関を協力医にしており、施設医が中心となり連携をとっている。また、同法人に病院があるため常に関係づくりを行っている。		
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	重度化や終末期に向けた方針はないが、入所の際に医療行為を伴う介護が必要になった場合の方針を説明している。	入居時に医療が必要となった時の方針を説明している。重度化した場合は法人の病院と連携が構築されており、事業所としてできないことを医師・家族・職員と話し合い事業所としてできる最大の支援を行うようにしている。	家族の要望に対応するための指針や方針に関する文書化が期待されます。
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	緊急時マニュアルを作成しており、消防署・医師・看護師等が講師として緊急時の研修を行い、実践力を身に付けるように努めている。		
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	年に2回、消防訓練を計画・実施している。また、今後、自治会との協力体制を築くため、今年度から訓練に地域の消防団・自治会長にも参加してもらっている。	昼・夜想定で年2回の避難訓練を実施している。自治会長や地元の消防団にも参加してもらい、協力体制の構築に努めている。	

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
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	入居者一人一人を尊敬し、個々に応じた話し方・対応に心がけ、十分に配慮している。また、接遇の研修会も行っている。苦情があった際は全体会や第三者委員会で報告し改善に努めている。	人生の先輩として、入居者一人ひとりに応じた言葉かけやプライバシーに配慮した対応を心がけている。接遇などの研修も実施し人格を尊重した対応に努めている。	
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	声掛け・傾聴により、思いや希望を知る機会を作っている。		
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	個人のペースに合わせた生活をしていただくように声掛け・傾聴を頻繁に行い、気持ちの把握に努めている。		
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	好みでマニキュアをしたり、一緒に洋服を選んでいる。また、本人や家族の希望でカットやパーマをでき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	昼食やおやつ作りを計画・実施し、個々の機能を活かせるように努めている。また、栄養管理運営委員会を設置し、嗜好を聴いたり、状態に応じた食事を提供できるようにアンケートを実施している。食事の盛りつけ・片付けは一緒に行っている。	外注になっているが同じ建物内で調理するため、好みや状態は調理部門と共有出来る仕組みとなっている。入居者の咀嚼や嚥下能力に応じて刻みなどの食事を提供している。配膳の準備で盛り付けは一緒に行っている。月に1回はおやつ作りをするよう努めている。	生活リハビリや入居者の潜在能力を引き出す機会として、職員も同じ食事を一緒に摂ったり、ホームでの食事づくりの回数を増やされることを期待します。
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	朝・昼・夕に分けて食事量・水分摂取量を記録し、状態把握に努めている。		
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	口腔ケア・義歯の洗浄は毎食後に行っている。また、無料の訪問歯科検診を受け、一人ひとりの口腔状態の把握に努めている。		

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	排泄チェック表の記入により、一人ひとりの排泄パターンを把握し、できるだけ日中は布パンツを使用し、自立面やコスト面にむけた支援を行っている。夜間オムツ使用者に対してもトイレ誘導を行っている。	排泄チェック表を作成し、声かけ誘導を行いトイレでの排泄を基本としている。日中は布パンツを使用し、入居者や家族の状況に応じてパットやおむつ、リハパンなど使い分けを行っている。	
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	排便確認に徹底に努め、できるだけ薬に頼らず排便があるように、水分摂取量を増やしたり、飲食物にオリゴ糖を混ぜたりと試みている。また、レクリエーション参加や散歩を促し活動量アップに取り組んでいる。		
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	原則隔日入浴ではあるが、入浴前に体調等を聴き個人のペースに応じて入浴できるように支援している。	毎日お湯を沸かし、隔日の入浴を基本としているが、入居者の体調や希望に応じた柔軟な支援を行っている。	
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	個人のペースに合わせ、ソファで休息したり、自分の部屋で過ごしたりと自由になれる環境づくりに努めている。また、毎日昼食後のお昼寝の時間を設けることにより、生活にメリハリができ、夜間もぐっすり休めるよう支援している。		
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	服薬チェック表に服用させた職員はサインをし、飲み忘れのないように支援している。また、全職員が個人の薬を把握できるように、個人の薬袋に効能書を貼り、副作用や症状の変化を早期発見できるように努めている。服薬の研修会も実施し、薬剤師からアドバイスももらっている。		
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	食器洗いや掃除・洗濯物干し・たたみなど役割をもっていただき、また、ゲームや読書・畑仕事・体操教室参加など個人にあった支援をしている。また、ご家族等に聞き取りをし、趣味や興味のある事の発見に努めている。		
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	本人の希望に応じてドライブ等の支援を行っている。また、近所の散歩や買い物など日常的な支援もしている。	近隣のスーパーや商店に買物に出かけたり、天候によりドライブに出かけることもある。買物は支払まで自分でできるよう支援している。お誕生日には希望に応じて外食を楽しむようにもしている。	建物の構造上少しでも多く外気が感じられるような取組も期待します。

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
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	ほとんどの入居者の方は、お金の管理は無理があるので施設で管理しているが、買い物など必要な際は、職員が付き添い入居者本人が支払い出来るように支援している。また、家族の希望で小銭程度のお金を所持している方もいる。		
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	電話や手紙のやり取りは自由にしているが、希望が少ないので、荷物やはがきが届いた時の礼状の返信は入居者に書いてもらうように支援している。		
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	季節感を感じていただくために、ベランダで草花を育てたり、テーブルには季節の花を飾っている。また、季節に応じた飾りで演出したり、入居者手作りの作品も展示している。室温・湿度の調整にも心がけ、常に快適に過ごせるよう努めている。	ちぎり絵など季節を感じる手づくり作品を飾っている。テーブルは入居者が活動しやすい配置にし、ソファには手縫いのカバーなどをかけ、家庭的な雰囲気づくりに努めている。	
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	フロアにソファや畳のスペースを置いたり、ベランダ近くにも椅子を設け、外の景色を眺めたりと個々の思いの場所で過ごせるように工夫をしている。また、利用者同士の関係や好きな時間の過ごし方を把握し、提供に努めている。		
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	本人が慣れ親しんだ物をもってきていただくように説明はしているが、家族の希望で新品をもってこられる方が多いのが現状。中でも家族写真や自筆の書、仏壇を置き居心地良く過ごせるように工夫している。	使い慣れた鏡台やソファ、仏壇や茶器セットなどを持ち込み、今までの生活や趣味が活かせるような居室づくりを行っている。入居者の心身に合わせて一日の流れを書いたボードを飾るなど安心して過ごせるような工夫もを行っている。	
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	手すりやバリアフリー・ベッドの高さの調整等で個人個人の自立を促している。また、自分の部屋を認識できるように親しみある人形やそれぞれちがったのれん・写真をドアの横に飾ったりし自立した生活が送れるよう工夫している。		

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	49	活動のマンネリ化及び一人ひとりの希望に沿った外出支援が十分にできていない。	お散歩やドライブ等の日常的な外出機会は増えてきているので、今後は本人の希望を把握し普段はいけなような場所の外出支援をして行く。	・入居者様が何をしたいのか、どこに行きたいのかを把握する為にも、日頃からコミュニケーションを図り希望の把握と実行に努める。	6ヶ月
2	40	食を通しての会話の共有や生活リハビリの提供の面から活動の方法や機会の検討が必要。	食を通して入居者様との話題の共有や生活リハビリとして食事やおやつ作りの機会を増やす。	・入居者様との食事の機会を増やす。 ・入居者様が何をしたいのか、どうやったらできるのか、どこまでできるのかを把握する為にも、一緒に計画し取り組む。	6ヶ月
3	26	身体機能の低下がみられるので、適切な対応が必要。	介護計画に沿ったケアの徹底と適切なモニタリングを行い、入居者様の現状把握に努める。	・介護計画書に沿ったケアの徹底。 ・本人や家族及び必要な関係者(医師・理学療法士等)との話し合いを行い現状に応じたプランの作成。	6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。