

平成25年度

## 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	1475600183	事業の開始年月日	平成12年2月1日	
		指定年月日	平成20年4月1日	
法人名	医療法人 新光会			
事業所名	みのりの家			
所在地	( 215-0021 ) 神奈川県川崎市麻生区上麻生6-29-15 ハイツ柿生第3 1階			
サービス種別 定員等	<input type="checkbox"/> 小規模多機能型居宅介護  <input checked="" type="checkbox"/> 認知症対応型共同生活介護	登録定員	名	
		通い定員	名	
		宿泊定員	名	
		定員計	9名	
		ユニット数	1 ユニット	
自己評価作成日	平成25年9月12日	評価結果 市町村受理日	平成25年11月22日	

※ 事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	<a href="http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1475600183&amp;SVCD=320&amp;THNO=14130">http://www.rakuraku.or.jp/kaigo/w10/wpjDetails.aspx?JGNO=ST1475600183&amp;SVCD=320&amp;THNO=14130</a>
----------	---

### 【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)】

- ・ご利用者のご家族の希望を尊重し、意見や要望を素早く取り入れている。
- ・ケアプランに沿ったケアが実践できるように、日々の申し送りや毎月の職員ミーティングで状況を話し合い、確認している。
- ・アットホームな雰囲気大切に、清潔感や生活感のある空間作りを心がけ、ご家族が気軽に足を運んでくださる様、オープンな事業所作りに努めている。
- ・職員はミーティングでホーム内研修を行ったり、積極的に外部の研修に参加することができる体制がある。外部研修で学んだことはミーティングで全職員と共有し、スキルアップに努めている。

### 【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社フィールズ		
所在地	251-0024 神奈川県藤沢市鶴沼橋1-2-7 湘南リハウスビル4階		
訪問調査日	平成25年10月17日	評価機関 評価決定日	平成25年11月4日

### 【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)】

事業所は、小田急線柿生駅南口より徒歩約4分の交通アクセスに恵まれた商店街の中にあります。開設が平成12年とグループホーム創世時の設立です。運営母体は医療法人社団新光会で、昨年で創立50周年となっています。1ユニットで定員は9名となっています。

<優れている点>

利用者全員がリビングに集っています。日中は、各自それぞれが思いおもいに話し合ったり、手芸やテレビ鑑賞などして楽しそうに穏やかに暮らしています。多くの家族や知人が来訪しています。ホームへの家族や知人の来訪者が多いことは、ホームとして来訪を歓迎していることが面会カードからも確認できます。職員は、利用者に積極的に身体を動かすような介助支援をしています。歌に合わせての体操や輪投げ、散歩など利用者が日中はレクリエーションで楽しく身体を動かすことにより、夜間安らかに睡眠が取れるように支援しています。

<工夫点>

避難訓練の際、各部屋ごとに避難済みを確認するシールを用いています。利用者ごとにそれぞれの居室入り口に避難確認シールを貼って避難が済んでいることが確認できるような工夫対策をしています。

### 【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
I 理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
II 安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
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 ~ 35	9 ~ 13
IV その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
V アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	みのりの家
ユニット名	

V アウトカム項目			
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
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
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
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
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
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
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

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ます。 (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
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：9, 10, 19)	○	1, ほぼ毎日のように
			2, 数日に1回程度ある
			3. たまに
			4. ほとんどない
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の拡がりや深まりがあり、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
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
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
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. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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踏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。	・ご利用者一人ひとりを年長者として敬意心地よい生活を提供すること ・これまでの暮らしが継続されるよう一人ひとりの生活を大切にすること ・ご利用者とご家族の希望を尊重すること 以上を理念とし、常に見えるところに掲げることで共有とケアの実践につなげている。	事業所の理念を定め、入職時の研修や定例会、日々の介助支援で不適切なケアをしていないかをお互いに振り返り周知徹底を図っています。また、理念を玄関など誰もが見やすい場所に掲示し職員ならびに利用者、家族にも知らせています。	
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。	地域の一員として町内会に入会することで地域の情報を得、地域活動に参加している。また、地域の体操教室やゴミ拾い活動に参加したり、地域の方々にも事業所の行事に参加してもらえるよう呼びかけ交流している。	町内会に加入し、今年は組長業務マニュアルに従い組長をしています。どんど焼き、地域自主防災訓練、清掃、体操教室などの行事に参加しています。習字、大正琴などのボランティアの来訪もあり、近くのスーパーや商店での買物もしています。	
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。	ご利用者が地域の体操教室やゴミ拾い活動に参加することや、地域の方々にも事業所の運営推進会議などに参加してもらうことで認知症の方への理解を深めて頂ける様に努めている。		
4	3	○運営推進会議を活かした取組み 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。	運営推進会議では事業所の運営状況を報告している。また個々のサービスの取組みについても担当者が説明し、意見や要望を出してもらえるように取り組んでいる。	地域包括支援センター、民生委員、利用者および家族の参加を得て2ヶ月に1回の頻度で開催しています。会議では事業所の運営状況やサービスの説明と報告をしています。また、ここでの紹介から医療機関での夏祭りや出初式に参加しています。	
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。	川崎市主催の各種研修会に職員が積極的に参加し、ケアへの取組みを発信している。地域包括支援センターとは空室状況等について連絡を取り合い、地域の状況も情報を提供して頂いている。	区の担当者および地域包括支援センターとは常に情報の交換をしています。県や市主催の研修会には多くの職員が参加しています。市のグループホーム協議会に加入し互いに情報交換をして連携しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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。	全ての職員が身体拘束を行わないケアの意義について学び、それを実践するように取り組んでいる。玄関は日中は鍵をかけずに見守っている。 ご利用者の行動を制限するような声かけをしないよう努めている。	管理者および職員は、外部研修や内部研修から禁止の対象となる具体的な行為を正しく理解しています。管理者は言葉による身体拘束をしないよう日々の支援介助場面や会議などで命令口調でストレートな言い方をしないように指導しています。	
7		○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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。	ホーム内研修において全ての職員が高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持っている。契約書に暴力や虐待の無いことを明示している。		
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。	ホーム内研修において全ての職員が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っている。必要に応じて家族への情報提供や活用に向けての支援を行っている。		
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。	契約に際しては、重要事項説明書、契約書を明示し管理者が説明して理解を図っている。		
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並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。	利用者個々の能力に合わせて、日常のサービス等に対する思いや意見を表す事ができるように支援している。運営推進会議や面会カードで意見等を表せる機会を設けたり、面会時にご家族と積極的に話をすることで気持ちを汲み取り、運営改善に活かしている。重要事項説明書の中に法人内や公的機関の相談窓口を明示している。	運営に関する利用者家族の意見や要望は、家族アンケートや面会時の会話、面会カードなどから把握に努めています。重要事項説明書に事業所ならびに本部と公的機関への相談窓口、苦情申出窓口を明記し、契約時に詳しく説明しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	入退居や職員採用、ケアの方針について等、毎月のミーティングで全職員が発言する機会を作り、運営に反映させている。	管理者は毎月のミーティングや日々の会話から職員の運営に関する意見や提案を聴いています。ここでの提案から「遊びを取り入れた介護」として歌いながらの体操などに反映させています。楽しく身体を使うことなどの意見を取り入れ、運営に活かしています。	
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。	労働基準法に則して労働条件を整えている。年二回健康診断を実施して、職員の心身の健康状態が保たれるよう配慮している。また、個々の状況を把握し、意見や要望を尊重してくれている。		
13		○職員を育てる取組み 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。	ホーム内研修を毎月行ったり、川崎市主催の研修や、県グループホーム協会の研修に業務の一環として参加できる体制となっており、職員が交代で参加している。外部での研修内容はミーティングで報告し、職員全員のスキルアップにつなげている。		
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つくり、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組みをしている。	県グループホーム協会に加入し、各研修に参加することで他のホーム職員と交流の機会が持て、相互の質の向上につながっている。		
<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 サービスの利用を開始する段階で、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。	入居の相談の過程から、家族のみでなく出来るだけ本人にも見学してもらっている。本人の困っていることや不安なことをよく聴き、思いを受け止めるように努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
16		○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、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。	相談の過程において家族から丁寧に話を聴く機会を持っている。また、家族の関わり方など、家族の思いを十分に聴き要望に応えられる様に努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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や担当ケアマネと連絡を取り合い、ホーム入居のみを優先に考えることなく、必要なサービスを見極めて対応している。		
18		○本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている。	職員は年長者である利用者を敬い、共に過ごし支えあう関係を築いている。個々の有する能力を把握し、家事を共に行ったり、得意分野を活かせる場面作りに配慮している。		
19		○本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、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。	本人の生活を支援していくために、家族の役割は大切であることを伝え、家族の意見や要望も聴きながらより良い関係作りに努めている。		
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。	本人が大切にしてきた人間関係を把握するように努めている。家族の協力を得て馴染みの人に会いに行けるように支援したり、ホームに尋ねてきやすい雰囲気作りに努めている。	基本情報を元に本人が大切にしていた馴染みの人や場所の支援に配慮しています。職場の同僚や近所の方の来訪を歓迎し、支援しています。馴染みの美容院や墓参り、馴染みの場所や主人に会いたいといった要望には、家族対応でお願いしています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	レクや家事活動等で利用者同士が交流する機会を日常的に作り、支え合う関係作りに努めている。コミュニケーションを取ることが難しい方には職員が間に入り孤立することがないようにしている。		
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。	退所後も転出先に様子を尋ねたり、本人にとってより良いサービスが提供されるよう、家族の相談に応じている。		
<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。	言動や表情、しぐさから一人ひとりの思いや希望の把握に努め、職員全員で情報を出し合いアセスメントし、ケアプランに活かしている。	利用者の言動や表情、仕草などからその人の思いや希望の把握に努めています。アセスメントシートに記録し、全体ミーティングで相談検討確定の上、生活援助計画書を作成しています。	
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。	これまでの暮らしについて入居時に詳しくアセスメントをしており、個々の生活習慣を大切に、出来る限りこれまで同様かそれに近い生活が出来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。	毎朝、体温・脈拍・血圧測定 of 健康チェックを行い記録している。個別の記録チャート、申し送りのための連絡ノートに生活の様子を記録して、現状の把握、情報の共有に努めている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	ミーティングにて利用者全員の個別検討を毎月行い、状況が変わった時点で、ケアプランの更新を行っている。本人や家族にも希望を聴きながら、担当職員を中心にアセスメントを行い介護計画を作成している。	毎月のミーティングにて、利用者全員の個別検討会を実施しています。アセスメントシートに書き込み、居室担当を中心にアセスメントをしています。状況に変化に応じて臨時にケアプランの変更を行う場合もあります。	
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。	個別にチャートを作り、日々の生活の様子やケアに関する記録を残し、情報の共有、介護計画の見直しに活かしている。ケアプランに沿ったケアを行った際には赤字で記載し、モニタリングの際に振り返り易く、分かり易い記録となるよう工夫している。		
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。	本人、家族の状況や要望に応じて、職員が協力医療機関以外の通院の付添を行っている。家族が来訪された際に一緒に食事を摂っていただけるようお声かけをしている。		
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。	地域の方にボランティアとして、支援していただいている。地域包括支援センターが行っている体操教室や、地域の若い世代のボランティア活動に参加し、楽しい時間が持てるよう支援している。		
30	11	○かかりつけ医の受診診断 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。	受診経過を把握し、かかりつけ医や希望する医療機関で医療が受けられるよう支援している。受診時には健康状態の記録などを通して情報を提供し、医師より生活面や服薬に関する指示を受けられるようにしている。	施設の協力医療機関のほか、今までのかかりつけ医など、希望する医療機関で適切な医療が受けられるよう情報提供などで支援しています。受診送迎の基本は家族対応としていますが、状況により職員が付き添うなど柔軟に対応しています。	



自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
31		○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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。	同じ建物内に同法人の訪問看護ステーションがあるので、体調に変化が合った場合には相談している。		
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、また、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。又は、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。	入院時には関係者と相互に情報交換を行い、適切な医療を受け、早期回復が図られるよう支援している。		
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。	契約時点で重度化した場合に事業所内で出来ること出来ないことを明示している。事業所内で出来ないことに関しては、次のサービス利用につなげられるよう地域の関係者と連携を図っている。	入所の契約時から重度化した場合を想定した話し合いで、施設として出来ること、出来ないことを説明しています。機会があれば話し合いを重ね地域の関係機関とも連携を密にして、本人や家族が望む最期が迎えられるように支援しています。	
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。	定期的にホーム内研修を行い、実践力を身につけるよう努めている。緊急時のマニュアルを作成し、迅速に落ち着いて対応できるよう努めている。		
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。	災害時対応マニュアルを作り、毎月ホームで避難訓練を行い避難経路、消火器、懐中電灯の確認をしている。非常用食料、水を備蓄している。年1回は消防署立会の防災訓練を行っており、消防署は利用者の身体状況やホーム内の非常口を確認している。	マンションの1階で各居室からも外に出られる構造です。毎月1回は施設で避難訓練を実施しています。年1回消防署や地域の方の協力を得て、夜間を想定しての訓練を実施しています。避難経路の確認、消火器の使い方などを行っています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	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	○一人ひとりの人格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。	年長者として敬うという理念を基に、言葉遣いや態度など、相手を思いやり、尊重した丁寧な対応であるよう常に心がけている。	理念にあるように「年長者として敬う」ことを常に心がけ、人生の先輩として敬意を払い、本人の尊厳を損なわないようにしています。本人の気持ちを大切に、さりげないケアを心がけ、事業所全体で対応に注意するよう取り組んでいます。	
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。	個々の能力に合わせ生活の中で自己選択できる場面を作るようにしている。本人が希望や思いを表現できるような話かけなどにも配慮している。		
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。	一人ひとりの体調や気分に合わせて生活できるように支援している。居室で好きなことができ、落ち着いた時間が持てるよう配慮している。		
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。	馴染みの美容院を利用できるよう付き添いをしたり、外出が困難な場合は訪問美容を利用し好みの髪型に出来るよう配慮している。好みの装いが出来るようショッピングの機会を作ったり、家族からも協力が得られている。		
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。	季節の行事食や旬のものを提供することで季節を感じ「食」を楽しんでもらえるように支援している。利用者と職員が同じテーブルで食事を摂り、準備や片付けも一緒に行っている。	生活リハビリの一環として、食事の準備や後片付けは利用者と共に楽しみながら行っています。食事にまつわる思い出話に花が咲き、和やかな時間となっています。季節感を大切にして食事から季節を感じられるように盛り付けも大切にしています。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	それぞれの食事量を記録して、カロリーや塩分量も適切な量となるよう配慮している。水分量も過不足がないよう心がけ、不足がちな方には個々に応じ好みの物を提供したり、提供回数を増やしたりという支援をしている。		
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に、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。	毎食後口腔ケアが出来るよう支援している。個々の能力に応じて、見守り又は介助で行い、状態に合わせて介護用品を利用するなどして、口腔内の清潔保持に努めている。		
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向けた支援を行っている。	それぞれの排泄パターンを把握し、個々にあったタイミングでトイレ誘導を行い、トイレで排泄できるよう努めている。	スムーズな排便を目指し、運動や食事に配慮しています。排泄パターンの把握をし、タイミングを見計らって声掛けや誘導をして、トイレでの排泄を促しています。現在自立出来ている方には継続できるように見守りに力を入れています。	
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。	食事に食物繊維の多い物や果物、ヨーグルトを取り入れていれ、便秘傾向にある人には特に十分な水分摂取が出来ているか確認をする。散歩や体操、家事などで身体を動かす機会を作り、便秘の予防を図っている。		
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ず、個々に応じた入浴の支援をしている。	入浴日は決めているが本人の意思を尊重し、無理強いすることなく希望する時間帯に入浴できるようにしている。入浴を拒む場合には時間をおいて対応するなどし、清潔保持に努めている。	理念にもあるように、一人ひとりの生活習慣を尊重して、できるだけ希望の時間に入浴出来るように支援しています。職員と一対一でゆっくり話せる時間として位置づけています。ゆず湯や菖蒲湯などでも入浴を楽しめるよう工夫しています。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	夜間に十分な睡眠が得られるように、午前中は体操、掃除、散歩などで活動的に過ごし、午後から夜にかけては職員の声のトーンを落とす等穏やかな流れを作り、生活のリズムに配慮している。個々の疲労度や季節に合わせ休息を取り入れている。		
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。	服薬中の薬説明書を個々のチャートにファイルし、指示通りの服薬が出来るように支援している。薬の目的や副作用についてはミーティングでも確認し、処方の変更時には連絡帳に記入し情報を共有している。服薬前には複数人で薬の数を確認し、服薬確認後はチェック表に押印し、正確に確実な服薬が出来るようにしている。		
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。	個々の能力に応じ役割を持ってもらい、喜びのある生活が送れるよう支援している。個別での外出や大正琴、習字、フラワーアレンジメント等ボランティアによる楽しみごとに参加できるように支援している。		
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。また、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。	散歩だけでなく買い物、喫茶店などへ出掛ける機会を持てるようにしている。また本人の外出希望を家族に伝え、実現できるよう協働している。	商店街やスーパーに近いことなど立地に恵まれ日常的に散歩や買い物に出かけています。また家族の協力を得て利用者の思い出の地への外出支援もしています。花見や薔薇見物などの季節ごとの外出、また外出先での外食も大きな楽しみになっています。	
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。	それぞれの能力に応じ小遣いを所持してもらい、お金を持っている事での安心感を得たり、本人の希望に沿って買い物が出来るよう支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
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。	携帯電話の持ち込みを自由としている。また、家族や友人からの電話を取り次いでいる。家族や友人への手紙、年賀状のやり取りができるよう支援している。		
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。	リビングには季節に応じた手作りの暦を飾ったり、玄関にも季節感のある小物を配置するようにしている。 空間の使用目的によって光の種類を替え、エアコンや扇風機、暖房器具を使用し心地良く過ごせるよう配慮している。	ソファや大きなテレビが置かれているリビングは、明るく清潔です。気の合う利用者同士で思い思いに過ごせるよう配慮しています。廊下や玄関ホールなどの共用の空間には花が飾られ、季節にあった小物を飾るなど利用者と一緒に装飾を楽しんでいます。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場 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。	リビングやダイニング、廊下に少人数で話せるようソファ・椅子・テーブルを配置し、自由に使用できるようにしている。		
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。	出来る限り使い慣れた家具や小物などを持ち込んで頂き、自宅と同じ雰囲気や居心地良く過ごせるようにしている。家具の配置については安全性も考慮し工夫している。	安全性に配慮しながら、基本的には自由に部屋のレイアウトをできるように支援しています。馴染みのタンスやイスなどを持参したり、思い出の写真を飾るなど、自分らしい生活ができるように居室担当をはじめ職員が配慮しています。	
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」や「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。	居室やトイレはさりげなく、且つ分かりやすいよう表示の工夫をしている。廊下や玄関の適切な場所に手すりを設置している。理解力の低下が見られても、さりげない支援をすることで出来るだけ安全で自立した生活が送れるように留意している。		

**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	1	事業所の理念を振り返る機会が少なくなっている。	理念の見直しを含め、職員全員で共有し、実践できるようにしていく。	・ミーティングの議題に「理念を実践できているか」、「理念の見直し」をあげ、職員全員で検討する。	6ヶ月
2	18	利用者一人ひとりの希望にそっての外出支援ができにくい状態である。	利用者の2/3程度が、希望の外出先を表出でき、それが実現される。	・居室担当の職員を中心に、利用者の出かけたところについて情報収集する。 ・集めた情報をもとに外出が実現できるよう、検討、企画していく。	12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、行を挿入して下さい。