

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	1670400322		
法人名	八光エステイト有限会社		
事業所名	パティオしらゆり		
所在地	〒937-0805 富山県魚津市本江1090		
自己評価作成日	平成30年10月12日	評価結果市町村受理日	平成31年2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://www.kaisokensaku.mhlw.go.jp/16/index.php?action_kouhou_detail_2017_022_kihon=true&JigvosvoCd=1670400322-00&PrefCd=16&VersionCd=022
----------	---

【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30年10月30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)】

当施設では、入所者様・家族様と職員とが、どんな事でも気軽に話し合い・相談できる信頼関係を築きあげ、柔軟な対応にて支援していけるよう心がけています。
ご家族が来所されても、ご自宅のようにゆったりとのんびり過ごしていただけるよう環境・空間作りに努めています。介護する側・される側と区別するのではなく、共に助け合い、家庭的な雰囲気の中で安心・安全な生活ができるよう入所者様の心のケアにも大きくプラスになる介護をめざしています。

【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)】

玄関を入ると、1階には併設のデイサービスとショートステイがあり、温かい雰囲気である。2階にある事業所は穏やかな雰囲気の中、ゆったりとした空気を感じることができる。開設17年となって経験豊かなスタッフは離職率も低く、細やかな心配りでサービスを行うことで利用者は落ち着いて安心した生活を送っている。食事、入浴、外出などの日々の生活支援を、スタッフは記録や経験をもとに目配り、気配りでチームワーク良く行っている。

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
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	運営理念に掲げてある人格の尊重、家庭的な環境のもとでの生活、地域との交流が基本であることを全職員が理解し、月に一度のカンファレンス時に、運営理念を見失わぬよう声に出し、自覚しながら支援に努めている。	管理者を中心にミーティングやカンファレンス時において定期的に話し合われているが、利用者家族や、地域にはあまり発信されていない。	開設時からの理念については具体的な方針や目標にも掘り下げ、職員間で継続して話し合われることを期待したい。また、利用者家族や地域にも理解、共有してもらい、地域密着型の実践のさらなる向上に繋がることを期待したい。
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	地区の祭りや、納涼祭、初詣等に積極的に参加し、地区の子供達にお菓子を振る舞い、地区のボランティアの方々やサロンの仲間など、広範囲にわたって交流を図っている。	夏祭りへの参加や町内の神輿巡行の受け入れ、琴やギター演奏などの地域ボランティアとも積極的に交流している。地元小学生が取れたてのリンゴをもって訪問してくれるなど地域に根付いた事業所となっている。	
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	「14歳の挑戦」、専門学校生の受け入れをし、人材の育成等に貢献している。運営推進委員会で、認知症の情報や相談が身近にできるよう、行事の参加を受け入れている。		
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	運営推進会議では、職員も交代で参加し、活動報告や利用者の現状報告し、施設での目標も伝えている。又、問題点などをなげかけ、家族や参加者の意見も参考にしている。マンネリ化しないように試行を変え、利用者や参加者でお茶会も行い、率直な意見も取り入れている。	定期的開催され、情報発信の場として取り組まれている。家族交流会に家族が参加するためか家族の参加がみられない。参加者が限られている面がある。	参加者には家族はもちろんのこと、多方面の方々にも参加してもらいたいような働きかけを行い、多くの外部の情報を得て、よりサービスが向上されるような取り組みに期待したい。
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	運営推進会議への出席で協力を得ている。また、運営上の問題等がある場合は、市に相談し助言や指導を得ている。	運営推進会議には必ず、市町村職員の出席を求め、ほとんど参加してもらっている。	運営推進会議等で得られた情報や、利用者、家族の要望等を、介護担当課以外の行政とも連携をはかり、利用者や家族が安心して生活できるサポート体制にも期待したい。
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	職員の共通認識として、徹底されている。日々のケアの中で、利用者にとって何が大切であるか、見極め、自覚の無い身体拘束が行われていないか、3か月に一度、全員で話し合っている。	身体拘束の定義も理解されている。定期的に勉強会を開催し、身体拘束をしないサービスの継続に努めている。	
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	ケアの中での、言葉遣いや、言葉の内容、何気ない行動や関わり等、申し送りで振り返っている。又、カンファレンスで、勉強会を行い、職員共通の理解を深めている。		

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	現在制度の利用者はいないが、必要に応じ、説明や詳しい情報提供を行っている。		
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	機能低下や起こりうるリスクについては十分に説明し同意を得ている。入院や重度化により退所にいたる場合は、その後の相談にも応じている。		
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	意見箱、家族アンケートや11月に家族交流会を設け、家族や利用者と直接面談し、常に話せる環境作りに努め、意見や要望を聞いている。当日来られなかった家族には、面会時に改めて伺っている。また、介護相談員の訪問を受け入れ、利用者の声の反映に努めている。	定期的な家族交流会を開催している。その会にはほとんどの家族が参加して、互いの経験や、事業所への要望、希望、感謝の言葉などがきかれ、新たに事業所のサービス向上につなげている。	
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回のカンファレンスや年2回の個別面談により、職員の要望や個人的な悩み、意見も聞きサービスや処遇の改善に努めている。個人の意見に関しては、柔軟に聞き入れる体制でいる。	施設長や管理者はスタッフとのコミュニケーションも良好に取られており、会議やカンファレンスだけでなくちょっとした普段の会話からも意見や提案を取り入れるようにしている。	
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	職員の個人面談を行い担当業務の目標を設定し、介護技術の向上を図る為研修に参加できるよう勤務体制に配慮している。また、資格取得のための支援もしている。ケアプランの作成や記録のための時間を設け職員配置をしている。		
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	市や県、関連団体が開催する、研修会には参加し、その報告書を職員全体が閲覧することを義務付けしている。又、月一回のカンファレンスで、研修報告を行い、研修会情報を提供し、それについて話し合っている。		
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	連絡協議会の研修会で交流があり、その時の情報に基づき月一回のカンファレンスに投げかけ、向上につなげている。同事業所の交流会でもお互いの質を見極め、意見を交換している。		

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
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	入所前に家族より生活状況や本人の希望、要望を把握し不安のないように支援している。本人に意図的に関わり信頼関係を築く努力もしている。		
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	家族の思いや、本人の状況を聞き、提供できるサービス内容などを具体的に説明し、理解し、不安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	相談時に本人、家族の状況や思いを聞き、何が必要か見極めている。欠落した部分を補充しながら今までの生活習慣を維持でき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	日々の暮らしの中で、一緒に作業をしたり、買い物をしたり、お互い共感し合える関係性を築いている。職員の大切な家族として、共に同じ空間で喜び哀しみを感じている。		
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	生活に必要な物品の購入や衣替えなどは家族の協力を得ている。また、家族交流会には参加を頂き共に楽しむ機会を設けている。面会時には近況報告をし本人の現状を把握して頂いている。		
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	大好きなペットとの触れ合い等、館内に招き入れる支援を行っている。又、昔からの行きつけの美容院との関わりや親族や昔からの友人との外出等、途切れる事が無いよう、柔軟な対応や環境作りにも力を入れている。	行きつけのお店や場所を聴き取るようにして、状況に応じて外出している。また、人や場所だけでなく、共に過ごしたペットとの生活を支援している。他の利用者にもそのペットになじんでいただくような努力をしている。	
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	個々の特性を十分に理解し、適切な役割分担で協力関係を築き、お互いを認め合うことが出来るように配慮している。テーブルメンバーにも配慮し楽しく食事が摂れるようにしている。		

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
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	退所する時は、次の施設などと連携し、家族、本人の不安のないように適切に対応している。退所後も連絡を取り、状態や様子を伺っている。		
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	ケアプラン作成時には、必ず本人の希望や意向を聞き入れている。なるべく希望に近づけるよう、家族と連携を取りながらプランに役立てている。意志疎通が困難な方の場合、家族からの情報や意向を得て、日々の生活に生かすようにしている。	一人ひとりが自宅にいた時と同じように過ごせるために、日々の会話の中から本人の思いを把握し、職員間で共有している。また、面会時や家族交流会時の個別面談などを通じて、家族からも意見を聞き、居心地よく過ごせるように対応している。	
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	アセスメントの時点で、生活歴・趣味・地域との人間関係などの情報を得ている。また自宅や入所施設を訪問し本人の状況を把握している。		
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	日々のケアや、1日2回の申し送りにより心身状態の変化などを把握している。食事・排泄・睡眠時間・気分・その日の面会者など細かな観察により情報を共有している。		
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	本人の望んでおられる生活を直接確認したり、家族の意向も取り入れ、その為には、何が必要であるか、何が課題であるか、把握し、カンファレンス等で他者の意見を取り入れながら、プランニングしている。そのプランに対し、どうであったかは、毎日の職員との意見交換を行い、モニタリングしている。	本人の生活歴・趣味や地域での人間関係などをセンター方式に書き込み、日々の個別記録などからよりよく暮らすための課題を把握し、短期・長期目標を立てて職員で共有している。本人がより楽しく暮らすため、担当職員が意見交換をしながら介護計画へ反映している。	
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	食事・排泄・バイタル・その日の気付きや言動・受診・面会など、個別に記録している。1日2回の申し送りで入居者の心身状態の変化を把握、共有している。		
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	嘱託医の往診や訪問歯科診療により家族の受診の付き添いは軽減されている。日用品等は家族に代わって購入したり、緊急時の病院への付き添いも行っている。家族からの要望にて面会制限されている方に関しては、1階職員共、連携を取り合い、対応している。		

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	運営推進会議で民生委員・区長・市職員・家族などとの意見交換をしている。地域のボランティアへの協力もお願いしている。また、消防署の指導を受け避難訓練も行ない安全に配慮している。		
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	嘱託医により月2回の往診を受けている。又、入所時に、本人、家族に主治医を選んでいただき、依頼があれば嘱託医を紹介している。途中、主治医の変更があれば、柔軟に応じている。体調の急変や、健康面での心配事は、主治医に相談し、対応している。定期受診結果、本人の状態を正確に伝える事ができる。緊急時の受診等、家族の不安も軽減できるよう、職員が同行している。	訪問診療で定期的健康管理をされている方や従来のかかりつけ医に継続診療をされている方もいる。受診の際には家族に同行をお願いしているが、都合が悪い場合は職員が同行している。その際には家族に連絡し、状態を正確に伝えている。	
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	併設の通所・ショートステイの看護師に、随時発生してくる身体状況の変化については、相談し、助言を得ている。		
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。	今後の見通しなど早い段階で見きわめ本人にとってまた家族にとってどんな方法が一番良いのか家族と医療機関と連携して退院後も安心して生活ができ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	入所された段階から、施設等で行なえる、介護を十分に説明し、理解を得ている。重度化された方は、医療機関と嘱託医を通じ連携を図れるようになってきている。少しでも力になれるよう、研修に参加し、技術を修得している。現在のところ、看取り介護は、出来る体制にはなっていないが、直前まで寄り添い介護させて頂いた方は、数人あり、現在は、該当する利用者は、おられない。	要介護3以上の利用者や医師から入院を勧められた場合は家族とも相談しながら対応している。本人が望むなら最後までホームで過ごせるように看取りの研修や技術についても学んでいるが、医師との連携や訪問看護体制等がまだ整っていない現状がある。	職員の入所者に対する気持ちは「家族のように」であり、体制が整えば看取りまで行いたいという思いが強い。嘱託医の協力体制もできつつあり、今後の対応について医師や関係者を含めた話し合いなどを期待したい。
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	心肺蘇生法、応急手当などは年1回の研修を行っている。緊急時は、主治医に連絡が取れる体制にある。消防署員との連携で、早く正確に対応できるよう救急訓練を受けている。		
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	年2回、1・2階合同で、消防署員立会のもと、地域の方々の協力を得、避難訓練を行っている。その中で、意見や改善点があれば率直に受け入れ、見直している。地震の対策や、発生時の対応等、独自のマニュアルに基づき訓練を行っている。	全室にスプリンクラーが設置されている。ホームは2階にあり、避難先は消防署の指導によりベランダとなっているが、まわりは高い塀に囲まれている。災害時、事業所前の店舗の駐車場が一次避難先となっているが、夜間や降雪時などは課題がある。二次避難先は遠く、職員の多くは把握していない。ホーム前に用水路があり水害時の対応も今後必要である。	災害時の避難先については職員全体での確認が必要である。避難訓練には数名の地域住民の参加が得られるようになってきているが、特に災害時の夜間対応については近隣住民の協力が欠かせない。日常的な交流を深めることで地域住民と合同の避難訓練実施を呼びかけるなど、協力体制の構築を期待したい。

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
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	常に人生の先輩と念頭に置き、声掛けをしている。意志疎通が難しい方も、必ず分かりやすく、静かに言葉をかけ、ケアに当たっている。	日々の暮らしの中で、さりげなく言葉かけをしている。名前の呼び方も本人が望む呼び方をしている。職員同士で言葉かけや対応の仕方について日々のカンファレンスの中で率直な意見交換を行い、本人の誇りやプライバシーを損ねないように研鑽を重ねている。	
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	日常の作業等、本人の意思確認を行ってから、取り掛かっている。意志疎通が困難な方は、アセスメントや家族の情報を得て、決定に至る支援を行っている。		
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	おおまかな1日の流れはあるが、一人ひとりの心身状態により柔軟に対応し、入浴など必ず本人の意思を確認し、拒否があれば次回にしたり、時間をおいたり、食事なども、食欲がない時など、体調に支障がでないよう間隔をあけたりとその時々で対応している。		
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	家族の協力の元、昔ながらの行きつけの美容院でパーマをあてたり、毛染めを行ったりしている。行事ごと、ゆかたや着物を着て、お化粧をし、写真におさめている。		
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	朝・昼・夕とその時により、みそ汁作りであったり、盛り付け・味付け・食器洗い・配膳等、何かに関わりを持っていただき、支援している。広告やレシピを提供し、月曜日の昼食作りの希望を聞き、メニューを提案し、食材の買い出しにも参加いただいている。又、好き嫌いを把握し、代替メニューも準備し楽しんでいただいている。	食事前には口腔体操などを行い、それぞれがお気に入りの箸を使って食事をしている。職員は見守りが中心で、食が進むように声掛けをしている。食後はそれぞれが洗い場に運んでお膳を拭いたりしているが、職員が「後から洗うから拭かなくてもよい」と対応している。月曜日の昼食メニューはみんなで決め、買い出しを行い、みんなで作っている。	食事の時間は見守りだけでなくとどまらず、食材や味付け、季節などを話題にしながら利用者と一緒に食べることや、利用者が積極的に準備や片付けに参加するなど、楽しくてやりがいのある時間となるよう期待したい。
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	1日の食事量のチェックにより、不足とと思われる時は、おやつや果物等で捕食している。水分も好んで摂れない利用者などには、毎回他種のゼリーを作り、美味しく、たくさん摂っていただけるように工夫している。		
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	毎食後口腔ケアを行い、清潔保持や感染症予防に努めている。全利用者に必ず職員の指導のもと、適切な口腔ケアを提供、又、訪問歯科からの指導も受け、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
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	排便チェック表やその日の食事量、水分摂取量等をその日の職員が把握し、時間を見ながら声掛け、誘導している。排泄の自覚が無い方は、行動や表情を観察しながら静かにトイレへ誘導し、自然な形で排泄を促している。	排泄チェック表でさりげなくトイレに誘導している。トイレ内には自身でパットの交換ができるように「パット入れ」を置いている。わかりやすく大きな文字で「便所」と書いた張り紙をしてひとりで行けるようにしている。夜間も時間を見計らって声掛けをしてトイレ誘導を行っている。	
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	便秘予防の為に基本である水分摂取については、最低1日1600cc摂取していただくように毎日チェックしている。やむを得ず摂取できない場合は、本人の好むゼリーなど、食べやすい形で摂取していただいている。又、日々の体操や日常作業、腹部のマッサージなど行い、自然排便につなげている。体質により、なかなか難しい場合は、主治医に相談の上、薬を処方していただいている。		
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	週に2、3回のペースで入浴されている。その時の気分によって、変更の希望があれば、柔軟な対応をしている。シャワー浴の希望があれば、週2、3回と限らず、状況に応じて入浴していただいている。	週2～3回の入浴を行っている。季節感のある「ゆず湯」や「しょうぶ湯」なども楽しんでいる。日常的には入浴剤で香りを楽しんでもらっている。拒否がある場合には本人の気分に合わせて柔軟に対応している。	
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	日々の生活、活動は、その人の力量に合わせて、参加していただき、生活のリズムを整え、安眠につなげている。自分で休息のとれない方には、午睡時間、職員の休憩時間に合せ、畳コーナーで添い寝をしている。		
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	薬の用法や量については、各職員が何時でも直ぐに目を通すことができる場所に保管してある。服薬内容が変更になった場合は、医療連携シートに記録し、症状の変化についても記録して、その都度主治医に報告している。		
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	その人の生活歴を理解し、洗濯物干しや料理、買物など、持っている力が発揮できるように支援をしている。家族の協力を得ながら、好きな観葉植物や野菜作りなど、収穫を楽しんだり、戸外へ出る事が好きな方は、状況を見ながら、買物・散歩・イベントに参加し、楽しんでもいただいている。		
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	天候の良い日等、個々の要望により、近隣の散歩や買物に同行している。利用者の意見を聞き、家族にも声を掛け、遠出・外食・ピクニックを楽しんだり、イベント等にも参加していただいている。	天候の良い日は近隣のスーパーなどに買い物に行ったり、家族にも声を掛けて遠出のドライブを楽しんでいる。日常生活の中で毎週月曜日の昼食の食材を買いに行くのも楽しみとなっている。地域のイベントにも出かけているが、もっと外出したいという希望も多い。	複数人での外出のほか、個々の症状や状態に合わせた外出先や外出方法を検討され、希望に沿った個別外出の機会をつくることを期待したい。

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
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	家族の了解のうえ本人の管理の元でお金を所持している。また認知症が進み難しい状況になってきているが、できる方には、買い物時や喫茶へ出かけたときは使えるように支援している。		
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	希望があれば家族、友人への電話を取り次いでいる。毎年、家族に年賀状を送り、感謝の気持ちと家族への思いを伝えている。思うように伝える事が出来ない人には、年賀状に干支の印を押す等、参加していただいている。		
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	階段踊場の大きな窓の前に、時季折々の草花を飾ったり、ベランダに鉢植えを置いたり、季節感を味わっている。季節ごとの行事には、おはぎ・ぜんざい・七草がゆ・ケーキ等を皆で作り、楽しんでいる。室内は、身体の状態に合わせ、外気を取り入れている。ひざ掛け、座布団等、気軽に使用できるように設置している。	共有空間の居間の壁には季節にあった制作品や利用者の笑顔の写真が貼られ、畳コーナーは洗濯物を置く場所になったり、おしゃべりの場になったりしている。ホームは2階にあり、階段踊り場の大きな窓の明るい空間には季節の野草が飾られ、居心地よく過ごせる場となっている。	
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	自由に座れるように各空間にベンチを設置し、その場所で居心地よく過ごせるよう本を置いている。		
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	入所される時点で、必要と思われる物は、持参していただき、家族の配慮で居室内の配置は、本人の思いにそった空間になっている。又、家具や小物がある事で、不穩になったり、本人にとってマイナスになるものは、家族と相談して持ち帰っていただき、それに変わる空間の演出もしている。	和室であるが、利用者の状態によっては一部フローリングとなっている。壁には本人の制作品、お孫さんや家族の写真が貼られ、私物のロッカーやタンスは整理されており居心地のよい居室となっている。	
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	トイレ内では、パンツやパットが安全に交換できるように取りやすい位置に設置している。居室、ベッドの配置等は、手摺の動線を考慮しながら、安全を確保している。		

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	利用者さん方が、生活していく上での基本的な理念は確立されているが、その時々合った具体的な方針や目標が無い為、マンネリ化している。地域密着型サービスの意義をふまえ、利用者家族や、地域住民の要望や意見、理解を深めながら、新たなる目標を持ち、もっと広い範囲で関わっていききたい。	施設内だけではなく、家族や地域住民、地域資源を存分にいかしながら、理解を深め、地域にそった生活を提供していきたい。	①家族にアンケートを取る。個人的な要望ではなく施設全体としての意見や要望を聞き出す。 ②アンケート情報を運営推進委員会で取り上げ、その中で地域で協力できる事を見つけていく。 ③家族代表のみならず、運営推進委員会に出席できる家族も参加を促がし、より多くの意見を取り入れる。 ④その中で、施設での理念、具体的な目標を明確にし、掲げていく。	3ヶ月
2	35	災害時、1番必要とする身近な近隣住民の協力が具体的な形で得られていない。	近隣住民との交流やアピールを通し、お互いが意識し合えるような関係性を築いていきたい。	①近隣住民や商店の方々へ運営推進委員会の出席参加の働きかけを行う。 ②施設への理解を通し、災害時での協力で何が出来るか話し合いをする。	3ヶ月
3					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。