

# 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	2590300162		
法人名	社会福祉法人 近江幸楽会		
事業所名	グループホーム 花みずき		
所在地	滋賀県長浜市下坂中町200番地1		
自己評価作成日	平成24年11月9日	評価結果市町村受理日	平成24年12月28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	NPO法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ 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2階		
訪問調査日	平成24年12月17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)】

・ご本人の言葉や行動からの個々の思いを引き出したり、楽しみごとや自分の役割を実現して生き生きとした笑顔、おだやかに過ごせるグループホーム＝「もう一つの家」でありたいと思います。  
 ・ご本人の安心となり、心地よく過ごしておられたこれまでの生活や周りの環境をそのままに、暮らしていける時間と空間をつくっていききたいと思います。  
 ・地域活動やご家族とのレクリエーション・外出機会を持ちながら社会参加をしていきます。  
 ・認知症高齢者の専門ケアの学びを深めながら、実践に取り組んでいます。  
 ・平成24年7月より「共用デイサービス事業」を開始したことから、活気ある雰囲気になりました。

## 【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)】

設立1年を経過した新しい事業所であり、定員3人の特設デイサービスも同時に運営している。庭には、自家農園、散歩路もあり恵まれた環境にある。別グループホーム、デイサービス、小規模多機能事業所が同一敷地内にあり、互いに協力・交流している。居室、居間、トイレから出られる広いベランダを備えている。このベランダは外気を感じる場、庭園散策の足場として利用され、生活に彩りを添えるものとなっている。利用者の些細な仕草や動作にも注意を払い、思いや希望をくみ取り支援に努めている。表面上の仕草や情報からその原因の探求に努め、自立と安心に役立つサービスに活かしている。家族の来訪も多く、事業所の行事にも参加協力してもらっているケースが多く、穏やかに過ごしている。

## 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 3. 利用者の1/3くらい 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	朝礼時に毎日、唱和している。 理念を業務に活かせるよう心がけている。	「人と人との和、地域との輪を大切に、あなたの我を生き活きと・・・」なる理念を、玄関や居間に掲示し、職員は理念を理解しケアに活かしている。	
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	自治会に入町。 まつりや草むしり等、年間行事に参加する。 事業所の行事に案内したり、散歩の際に挨拶を交わしたりしている。	地区の祭りには企画から参加し、地区の避難訓練や祭りなどに参加している。地域住民から野菜の差し入れを頂き、月1回の琴の演奏などの協力を得ている。法人の祭りには広く地域に呼びかけ多くの参加を得ている。	
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	日々の交流や行事に参加する中で認知症という病気についての理解、ケアによって協同作業ができることを知っていただく。認知症サポーター養成講座のキャラバンメイトとして活動している。		
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	併設事業所と合同で偶数月の第3土曜日19時より開催している。近隣町の自治会長や民生委員、長浜市職員、包括支援センター職員、利用者および家族の出席をお願いしている。相互の面識もでき、自由に発言をいただいている。	2か月毎に開催し、実績報告、外部評価結果や目標達成計画の開示、事業計画等を話し合っている。地域との連携を深める方策などの提案・検討をしている。職員会議で会議内容を伝達し共有している。	
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に取り組んでいる	入所相談に応じたり、空床情報を提供している。生活保護受給者の入居についての相談をもちかけている。	事業報告、特殊事例の紹介、空床情報を提供し、緊急入所要請を受け入れ、キャラバンメイト活動への参加、講師依頼を受けるなど、市との協力体制を構築している。	
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	職員間で倫理観についての意見を交わしたり、現在のBPSDへの取り組みについて確認している。研修による学びを共有している。	外部研修に参加し、職員会議で「身体拘束マニュアル」の研修を行い、職員全員が理解し実践している。昼間の玄関施錠はせず、職員が見守り外出の際は様子を伺いながら、利用者の行動を制限し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逃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	職員間でも相互にチェックしあっている。研修への参加。伝達研修・報告を行い学びを得る。		

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	権利擁護の必要な利用者がまだないこと、在宅支援事業の対象にならないことから、職員にはまだ周知できていない。だが、福祉従事者として知っておきたい制度であり、これから学びの場を持ちたいと思う。		
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	入居時に事業の概要、ケア方針、リスク管理、金銭管理、あるいは家族の支援協同について説明をし、理解を求めている。随時、不明な点については応じている。		
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	玄関に意見箱を設置している。ご家族が来所されたときに直接ご要望・ご意見を伺うこともある。	家族の来訪時には、意見、要望の聴取に努めている。苦情や意見に対応した一例として、費用の高さに対する苦情に詳細な内容を提示して疑問を解消した事例がある。苦情窓口は重要事項説明書に明記している。	
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	朝礼、ミーティング等を介して意見を聴取している。法人理事と個々に面談する機会も設けている。	月1回の職員会議や日頃から職員との対話で職員の意見を聞く場を持っている。提案の一例として食事時の車いすと机との高さ釣り合いを考慮した机の作成が出され、試作してし実用化しサービス向上に活かしている。	
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	休日、出勤時間の調整、シフト形態については各人の希望も聞きながら調整している。処遇改善交付金も活用している。		
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	日々の業務の中でケアの考え方、認知症の理解、視点について各人の技能に応じて指導している。研修も受けられるようにシフト調整を行っている。毎月の会議や分科会で研修や検討会を行っている。		
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	湖北の部会や関係機関の案内を活用して意見を交わしたり、相談に応じたりしている。空床情報を交換している。他事業所からの依頼で現場実習を受け入れている。		

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>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	一つひとつの困りごとについて具体的なケア方法や内容について説明している。専門性・個性が要求されるので的確なお答えができるように努めている。		
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	定期的に連絡をして困っていることや不安に思うこと、望みをお聴きしながら、ケア方法や内容について説明している。		
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	本人にとって必要なこと、大切なことを一緒に探していけるよう努めている。医療系サービスや福祉用具の必要性については、その必要性について確認、検討している。		
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	洗濯物干し・たたみ、調理、掃除等、ケアプランを立てながら個々の望む日課をつくっている。入居者同士の会話、相互の助け合いが生まれるような場面設定に配慮している。		
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	毎月の行事をお知らせしたり、ご連絡をしながら気軽に来訪していただけるよう配慮している。遠方に住むご家族に手紙や写真を送って近況をお知らせしている。また家族の宿泊にも応じている。		
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	ドライブに出かけたり、なじみの美容院へ行ったり、かかりつけ医療機関に通院している。	地域のボランティアの人々に来て貰い、馴染みの美容院へ出かけたり、デイ利用者との交流をしている。買い物、お墓参り、友人宅への訪問などの支援を行い、馴染みの関係継続に努めている。	
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	やりがいを持てるように家事作業やレクリエーション、工作作業等、利用者同士の会話や助け合いができる場面づくりに配慮している。トラブルがあった場合はその要因を確認してよい関係が保てるような対処をしている。		

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	退居後もご家族から近況のお手紙をいただいている。直接的な相談はないが、近くに来られた際にはサービス終了後もご家族と思いを語り合えるような関係になれるよう努力したい。		
<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	何気ない会話の中から、またその行動から、ご本人の思いを考えている。言葉に秘められた言葉を聴いていきたいと思う。ご家族からもご本人との思い出やこれまでの生活についてお聴きしている。	日常の会話や仕草などから、本人の思いの把握に努めている。意思表示の難しい利用者には、寄り添うことと家族からの情報なども参考にして、思いの把握に一步でも近づこうと努めている。	
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	ご本人との会話やご家族からの話、関係者から戴いた情報等から情報収集している。		
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	職員みなで情報を共有し、状態の把握に努めている。能力や新たな可能性を発見した時には試行しながら毎日の暮らしの中で取り組みをしている。		
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	普段からお聴きしているご本人、ご家族の意向や思い、ケアマネ、介護・看護職員の意見を合わせてモニタリングとしている。定期的には3ヶ月ごとにプラン見直しを行っているが状態の変化が生じた時は随時変更している。	モニタリング、利用者、家族の希望や願いを基に関係者が話し合い、担当副所長が作成し家族の承認印を得ている。変化が生じた時は即刻対応し、何もなくても3か月毎に介護計画書を見直し、家族の承認印を得ている。	
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	よい気づきがあってもケアの実践につなげることが難しい。ケアの見直しを何故行うのか、何を目標としているのかを職員間で認することに努力したい。モニタリングシートを作成。		
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	ニーズに応じて対応。直近ケースでは毎週日曜に外泊したいという希望を叶えたり、家族と外出・外食タイムをつくるための送迎支援を行っている。		

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	地域で活動しているボランティア(個人・団体)や家族ボランティアをお願いしている。近所の美容室を利用。他にも趣味や特技を活かせる地域資源について調べていきたい。		
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	通院や往診時には主治医に情報をお伝えしている。認知症については専門医に受診、相談し、投薬コントロールを行っている。経過観察をして良好な状態の維持に努めている。実際にBPSDが緩和し、表情が豊かになり効果を生んでいる。	認知症については専門医に受診し、投薬コントロールを行っている。かかりつけ医への通院や往診医療を受けられるように付き添いや通院支援をしている。かかりつけ医と常に連絡をとり、日常の様子を伝え、家族も含めて医療情報を共有している。	
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	毎日のバイタルサインのチェックや月1回の体重測定を行っている。入浴時や夜間も含めて日々の心身状態を観察して、早期に受診や対策を講じている。		
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。	入退院時の情報提供は相互に行っている。入院中は当方からも様子伺いをしたり、相談があれば対応している。受診の際には言葉を交わす努力をしている。		
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	倫理にも関係する終末期のあり方について職員間での話し合いを行った。家族や主治医とも相談したが、主治医の往診不可である方については終末期のケアは困難であり、また入居者は自宅での最期を望まれている方も多く、自宅へ帰り最期を看取することを考えている。グループホームにも体制の限界があり、医療や家族の協力・同意なくしては叶わないケアである。事業所間の在宅サービスで自宅での看取りを支援する方向で考えている。	契約書に看取りの方針を記載し家族承認印を得ている。重度化が認められる状態になると文書化した「重度化、終末期の方針」を説明して個別の支援内容を相談し、支援に努めている。将来は家族と過ごす自宅での終末期対応を目標として検討している。	
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	すべての職員が十分にできる状態ではないと思っている。「分かっているつもり」ではなく「実際に動けるように」指導していきたい。		

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
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	火災・地震想定避難誘導、通報、初期消火訓練を実施している。自治会の災害訓練にも参加している。事業所の訓練に地域住民の参加を求めたが了承は得られず理解を求めていくことが依然課題である。長浜市担当課職員にも「地域住民に理解していただけるように協働体制づくりについて市からも指導をおいしたい」と依頼している。	避難誘導、通報、初期消火訓練を年間3回実施している。災害マニュアルを整備し、自治会の災害訓練にも参加している。昨年同様、夜間想定訓練も実施予定である。住民の参加協力を得るには至っていない。	地域住民の参加協力を得られる工夫を期待したい。
<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	心がけてはいるが、気づかないうちに発した何気ない一言が相手を傷つけていることもある。認知症高齢者がその言葉をどのように受け留めてしまうのか考え、心得る。	声掛けや対応、特に何気ない言葉についても、利用者の人格を尊重しているかを検証し、職員間で話し合っている。プライバシー保護や倫理的な研修は法人内で実施し、職員会議の中でも職員研修を行っている。	外部研修にも参加して欲しい。
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	計画・行動を言葉にできる入居者は少ない。だが嫌なことは言える方が多いので、幾つかの選択肢の中から決定していただいたり、その時の表情で判断していくように洞察していく。		
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	意思表示できない入居者の対応は業務優先になりがちではないかと思う。職員の決めつけや思い込みでの支援にならないように心がけている。		
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	慌てることのないよう出かけるまでの時間をゆったりとっておく。服装も選んだり、髪を整えたり、口紅をさす。行事に合わせて浴衣や法被を来て雰囲気を楽しむ。		
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	調理器具を使ったり、手でちぎったりする方、味付け・味見をする方、盛り付け、配膳、後片付けをする方等、各々の気分、状態で役割分担している。一人ひとりの作業の仕方があるので配慮もしている。	出来る利用者は調理に参加し、デイ利用者共楽しく食事が出来る様努めている。地域からの差し入れや自農園作物を活用し、職員が季節を感じる食事作りに努めている。職員一人は検食を兼ね、共に食事をしている。	

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
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	血糖値の高い方、水分量が必要な方、嗜好等により主食と副食のバランスを考慮したり、形を変えたり、味の違う飲み物を用意したり当の工夫をしている。		
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	食後の歯磨き、義歯洗浄や口ゆすぎの声かけを行っている。自分では作業・動作が困難な方は介助している。口腔ケア体操も行っている。		
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むけた支援を行っている	個々の排泄パターンや失禁の種類を考察、把握した上で誘導を行ったり、ケアの工夫をすることで失禁を少なくするように努めている。リハビリパンツ使用から布パンツに、紙オムツ使用からリハビリパンツに変えていく、昼間と夜間で使用種類を替える等、取り組んでいる。	紙オムツ使用からリハビリパンツに変え、昼間と夜間で使用種類を替えるなどの工夫をするとともに、排泄パターンの把握、トイレサインを確認してさりげなく誘導を行い、トイレで排泄できるよう支援している。	
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	水分をしっかり摂ったり、牛乳やヨーグルト、果物を用意している。食材も食物繊維を多く含むものや消化吸収を考えたメニューを考えている。体操をして運量にも留意している。投薬コントロールも行っている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	個人によって入浴回数は違う。その日の心身状態や行動障害の状態により変更したり、皮膚に異常があった場合や失禁等により入浴を行う。	車椅子利用者にはリフト入浴を支援し、本人の希望通りの時間、回数をかなえている。平均すると週2回以上の入浴を行っている。薬剤入浴やゆず風呂などを実施している。	



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
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	必要な睡眠時間は各人によって異なるので昼間の活動の妨げにならない程度の午睡時間もとっている。不眠症状が強い場合は投薬を行うが、副作用や日課に影響しないよう調整を行ったりケアの工夫を行っている。見当識障害による昼夜逆転についてはケアの一つとして本人がおだやかに過ごしておられるのであれば「本人の時間」に付き合っている。		
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	服薬している薬の効用やその副作用について指導・確認している。処方箋を熟読し、周知している。		
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	入居後、1年半が過ぎ、事業所での生活にも慣れてこられた。何がその方にとっての張り合いになるのか、これまでの役割や楽しみごとを声かけして日常的に実践している。		
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	テラスに出でお茶を飲んだりお喋りをしたり近隣を散策している。外出は刺激になるのでドライブも行っている。外出ケア内容を入居者一人ひとりに考えて行きたい。家族やボランティアと外出できるような計画もつくっていききたい。	天気の良い日にはほとんど全員が日向ぼっこや散歩に出ている。車椅子の利用者が多く一斉に活動するのは困難となっている。買い物や墓参り、友人宅への訪問、花見ドライブ、地域の祭りなどへ車利用で参加している。家族との外食支援も実施している。	
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	店で自ら支払いをする機会をつくっている。自己管理できる入居者はおられない。事業所でご家族から小口現金としてお預かりし通院や日常の支払いは同意のもと職員が対応している。		
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	携帯電話を所持している入居者は自由に電話をかけておられる。事業所の電話を介して自由に話ができるようにしている。手紙のやりとりをする入居者は不在となった。		

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
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	居室は壁に絵や写真を飾ったり、鉢植えや切花を置いている。共有空間も手作りのカレンダーや提灯を下げたり、花や観葉植物を置いてリラックスできる空間を作っている。冬季は床暖房も空調に役立っている。建物中央にあるホールは窓がないので扉を開放して外が見えるようにしている。	南北にベランダを設置し楽しみの場としている。利用者と職員の共作品を飾り、床暖房を設置した落ち着いた居間となっている。家族の宿泊、デイ利用者の居間などに使う多目的室も設け、4ヶ所のトイレ、浴室は清潔に保たれている。	
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	テレビ棚を仕切りにホールを二つに分けている。「憩いの間」も一つの空間として設けている。食事時間がずらしたり、落ち着いた気分にあるときはその人の居場所を個々につくっている。		
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	本人の思い出の品物や家族写真を置いている。使い慣れた家具も持ち込みをしていただいている。中には殺風景な居室もあるが部屋づくり・レイアウトは主にご家族にお任せしている。	全室置の居室だが、好みに応じてベッドを設置しており、居室には人形、家族の写真など馴染みの物を持ち込んで居心地の良さに工夫している。	
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	ヒヤリハットや事故報告に挙げた場面や事象については随時対策やケアの工夫を考案、実行している。「認知症ケア」において環境も重要な視点であることを周知し、照明、空調、体感温度、椅子やテーブルの高さ座位姿勢について点検し、改善についての考察を行っている。		

## 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	(9) (11) (12)	終末期ケアについて話し合い、ケア方針を策定します。方針についてご家族と面談し、文書でご本人、ご家族の意向を確認する	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご本人、ご家族に終末期ケアについて考えていただき、お一人おひとりのケア方針を確認する</li> <li>・通常の受診や健康管理だけではなく、終末期における医療連携を図る</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ご本人、ご家族と面談する</li> <li>・一人ひとりの思いを文書化し、ご家族にも同意をいただく</li> <li>・職員の倫理、人権研修を行い、その方の終末期ケアの考え方、あり方について確認する</li> <li>・主治医や関係者とコミュニケーションを図り、「人」としての最期を支援連携する</li> </ul>	平成25年 11月まで
2	(3) (13)	災害対策、災害訓練について、地域住民の参加、協力が得られない	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の方々に地域密着型サービスや認知症ケアを正しく理解をしていただけるよう具体的な実践に取り組む</li> <li>・地域の方々との協力、協働する事業所として信頼いただける活動を行っていく</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・地域の集会や認知症研修会の場を設けて認知症や介護保険サービスについての理解を求め</li> <li>・地域の方々の身近な相談所として広報する</li> <li>・協力していただけるボランティアを募る</li> <li>・運営推進会議を通じて事業所の思いや活動を理解いただく</li> </ul>	平成25年 11月まで
3	(5) (14)	職員の資質向上のための研修を実行し、ケア実践に活かす	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所内外の研修企画を実行する</li> <li>・研修成果をケアに活かす</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・事業所内部研修については、今後の研修計画をたて実行する</li> <li>・事業所外部研修については、インターネットやその他の通信で情報を入手し、職員の技能レベルに合わせて受講していく</li> <li>・職員の意欲を高められるよう研修成果を実践していると判断する場合は評価を行う</li> </ul>	平成25年 11月まで

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。