

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	2530102074		
法人名	医療法人白櫻会小金沢歯科診療所		
事業所名	グループホームさくら		
所在地	滋賀県大津市大石東四丁目5番6号		
自己評価作成日	令和1年12月24日	評価結果市町村受理日	令和2年1月29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 株式会社平和和邇店2階		
訪問調査日	令和2年1月15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)】

事業主体の歯科診療所が老年歯科医学会専門医研修施設として摂食嚥下障害の評価を行っているの
で、摂食嚥下に力を入れて運営している。重い摂食障害・嚥下障害のある利用者に対して、口腔リハビ
リ、食形態や、食事姿勢、食べさせ方の工夫をして、口から食べる支援を行っている。また、必要に応じ
て歯科の他職種がそれぞれの役割を持って関わっている。
代表者が認知症介護指導者であり、認知症介護のスキルアップに努めている。
大津市の委託事業の「元気アップ教室」や、「オレンジ倶楽部カフェ」を同一建物内で開催しており、ま
た、法人独自でサロンを開催している。

【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)】

「いつもの人といつもの町で、穏やかに健やかに暮らす」の事業所理念のもと、職員は地域と連携して
アットホームな暮らしを目指して介護・支援している。住宅地の中に運営法人の歯科診療所に隣接して
小規模多機能型居宅介護と併設されている事業所で、その特性を活かして口腔衛生、嚥下機能低下
の防止に注力している。グループホームは職員や利用者にとって他の老人施設に比べて恵まれた形態
であるとの稀有な認識を持って介護に努めている新任職員や豊かな自然と市街地に近い等の環境の
良さから10年遠隔通勤している職員も居り、利用者個々の特性を把握して穏やかに暮らせるように支援
している。介護度の上昇で外出が困難になってきているが、洗濯物のたたみや食事の下膳などできるこ
とをし、塗り絵、麻雀などを楽しみ、「えんがわサロン」等多くの催事で近隣住民と親しみ暮らしている。

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 (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
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	理念は「いつもの人いつもの町で、穏やかに健やかに暮らす」である。事業所に掲示し、実践につなげている。また、新任者研修時に説明を受け、各職員が共有している。	理念を居間に掲示し、入居時に家族にも説明して周知に努めている。初任者研修で理念の理解を深め、職員は介護方法で悩んだ時点では理念に照らし考慮・判断して介護に活かしている。	
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	利用者個人が地域自治会に加入しており、地域の行事に参加の誘いを受けているが、重度化し参加は困難になりつつあるため、地域のボランティアが主催するマージャン教室に参加するなど、地域と交流する機会を創っている。	地域開催のマージャン教室に参加したり、事業所独自に開催している「えんがわサロン」等で新年会などを開催し、利用者は地域住民と飲酒できる数少ない機会を楽しむなど、積極的に地域と交流している。	
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	大津市の委託事業の「元気アップ教室」、認知症カフェの「オレンジ倶楽部カフェ」や法人独自のサロンに地域住民や認知症利用者が参加されており、参加者へ認知症理解への啓発に努めている。		
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	2か月に一度開催している運営推進会議では、利用者の状況、運営状況を報告するとともに、地域や家族の要望、意見を運営に取り入れている。自己評価・外部評価の結果、改善意見、その後の取り組みを報告している。	地域包括支援センター職員や自治会長、民生委員、時には市議員も参加して隔月開催している。議事録は、掲示で職員に周知しているが家族への配布が無い。	詳細な議事内容と、読みたくなるような内容の議事録を作成し、家族等へも配布して欲しい。
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	課題があれば地域包括支援センターとは連携をとり、相談や報告をしている。地域の多職種連携の会の「チームあらいぜき」や運営推進会議を通して、地域包括支援センターとの連携を持っている。	福祉関係の諸団体幹部に就いている理事長の市との強い絆を通して市と協力関係を築いている。市の委託事業である毎週開催の子供達も参加する「元気アップ教室」や認知症カフェ「オレンジ倶楽部カフェ」でも連携している。	
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	集団指導等の内容を伝達して身体拘束をしないケアの必要性を徹底している。玄関は防犯のためとご家族の依頼で施錠しているがワンタッチで開錠できるものになっている。運営推進会議の場で身体拘束適正化委員会として身体拘束の状況を報告している。	運営推進会議と併催の身体拘束適正化委員会でヒヤリハットなど身体拘束に関係しそうな事例も議論し認識を深めている。やむを得ずベッド柵を設けるなど身体拘束に該当する場合には、家族と協議して同意書等を交わしている。	
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	研修のさいに虐待防止の必要性を徹底している。コンプライアンス委員会において定期的に報告を行い、法人理念に基づく尊厳研修は定期的実施し、スピーチロックの疑いなどにも個別に育成的に指導している。		

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
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	利用者の中に成年後見制度を利用している人がいる。また必要と思われる家族には制度を説明し、専門職を紹介している。		
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	契約に当たっては事前見学を含め、時間をとって説明している。 緊急性の高いケースの場合は、家族の都合に合わせて病院等に事前訪問している。		
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	家族の面会の際にはなるべく家族と面談し、利用者の最近の様子を説明し、希望を聞く機会を設けている。また、利用者の要望・家族の要望はできる限り入れるようにしている。	介護計画書の説明時や来所時等機会を捉えて意見や要望を聴き取っている。食事の柔らかかさ等の要望は、定期的実施している嚥下機能検査と照合し機能維持を優先しながら、納得を得て応えている。	
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	定期的にミーティングを開き、職員の意見や提案を聞いている。職員には年に一度面談を行い10年後の姿や目標を聴取し、育成的研修を実施している。	日頃の介護現場や全体会議で意見や要望を聴き取っている。冷暖房機や冷蔵庫の買い替え、利用者個々に合ったパッドの大きさや種類の変更等の提案に対応している。	
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	資格や能力を給与に反映させるキャリアパス制度がある。職務内容評価表に基づいて、介護職員処遇改善手当や一時金を支給する手続きを定めた。職員が向上心を持って働けるよう、月1回以上の法人内研修を行っている。		
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	代表者が定期的に研修を開き、リーダー研修や認知症ケア研修、医療研修や嚥下の研修を行っている。必要に応じて、外部講師の研修も実施している。		
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	代表者が地域の多職種連携の会にサブリーダーとして企画参加し、年数回の研修会に職員も参加している。		

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	利用に当たっては本人・家族と事前面接を行っている。また担当の介護支援専門員や医療ソーシャルワーカーから経過や現状の情報提供を受けている。利用初期では特に本人からの聞き取りや様子観察に努めている。		
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	事前の見学時等に家族から具体的な困りごとや要望を聞き取ると共に、サービス開始前後に家族や担当介護支援専門員や医療ソーシャルワーカーと情報交換を行っている。		
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	相談を受けた際に入居開始までに必要な適切なサービスや小規模多機能型居宅介護の紹介を行っている。		
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	できるだけ一緒に過ごす時間を作り、他の利用者とのマッチングをはかっている。また、居間での居場所を作ることで利用者本人のペースに合わせた生活ができるように工夫している。		
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	家族の面会は自由にしている。家族に対し強要にならないように配慮して、外出や行事参加を依頼している。面会時には利用者を交えて家族と話し合う場を設けている。		
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	面会は自由に来てもらっており、家族からの申し出がない限り、知人を含めて面会の制限はしていない。	元気アップ教室、認知症カフェや敬老会等地域住民も参加する集いに参加し馴染みの継続ができるように支援している。住民の有志が地蔵さんを寄付し、地域の地蔵盆が行われ、利用者も地域住民と一緒に参加している。	
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	他の利用者との関係悪化に注意し、職員が間に入って気を紛らわせたり、座る場所を工夫している。		

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	入院で契約が終了した場合は、病院に行った際に面会している。契約が終了しても、希望に応じて相談や支援をしている。		
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	利用者の言動を記録し、そのときに職員が思ったことや、対応を記録している。利用者の言動の奥にある思いや希望を引き出すように努めている。	入浴時や睡眠介助時等に話を聞き、しっかり者との情報が心配性でもあったことや、帰宅願望の強い利用者と幼少時の話題で思いが和らいていくなど、個々の思いや本音をより知ること努めて介護に活かしている。	
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	家族や本人から生活歴や生活環境等を聞き取り、前の担当介護支援専門員より支援経過の聞き取りを行っている。		
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	利用者の体調等に顧慮して、計画的、画一的な日課にならないようにしている。また、本人の話や様子から暮らしの現状の把握に努めている。		
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	記録に残っている利用者の言動やそのときの職員の対応を考慮しながら、家族の意向や日々の職員意見・会議等の提案を考慮して介護計画を作成している。	介護計画作成担当者が、職員、看護師、家族の意見を聞いて、多項目にわたるチェックをして、変化がなくても3ヶ月毎に、急変時は安定した時点で見直し、家族に説明して同意を得ている。	
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	記録に残っている利用者の言動やそのときの職員の対応を考慮しながら、他の利用者等の関係性も顧慮して介護方法や介護計画の見直しを行っている。		
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	高齢化、重度化が強くなってきており、主治医との連携は欠かせなくなっている。利用者はほぼ全員訪問診療を受けており、体調不良時の医師への相談や受診支援は柔軟に対応している。		

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	利用者個人で自治会に加入しているので、自治会の催しに参加を声かけていただいているが、重度化が進み参加は困難になっている。本年は自治会主催の敬老会に全員が参加した。		
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	8名の利用者は本人、家族の依頼により2ヶ所の医療機関の訪問診療を受けている。1名は通院受診を行っており、通院介助で対応している。専門医療機関は2名受診しており、その際は心身の状況を口頭で報告している。	9人の内6人は家族の希望で協力医をかかりつけ医にしている。他はそれぞれの医師の往診を受けている。週2回の看護師による健康チェックや口腔衛生に注力して健康管理をしている。いずれも家族と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	健康状態の報告は、介護職員から看護師経由、または直接管理者に報告している。		
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、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。	入院時には情報提供書を作成し、入院中は面会に行っている。退院時は退院前カンファレンスに参加し、家族の同意を得て地域連携室との情報共有に勤めている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	「重度化した場合における対応の指針」に沿って対応している。事業所ができることとできないことを説明し、家族への判断材料を提供している。本人や家族の終末期の意向を確認し、主治医や家族と連絡を密接に取っている。	介護度の高い人には、入居時に「重度化した場合における対応の指針」を説明し同意を得ている。看取り等の対応時は医師、家族と相談しているが文書化していない。2例の看取り経験をしている。	全ての利用者に入居時に方針を説明し同意を得ること、看取り等対応時には文書化した合意確認書を作成して欲しい。
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	事業所配置の看護師と連絡を取れる体制を作っており、急変時や事故発生時に看護師の指示のもとで対応できるようにしている。		
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	避難訓練の実施、非常時の地域住民への協力を依頼している。サロンやカフェに参加者している地域の人々に非常時の協力を依頼している。	年2回夜間想定を含めて訓練を実施している。地域住民の訓練への参加は実現していない。実施後の反省などの記録が欠けている。	見学から始める地域住民の参加の実現と、反省記録を整備して今後のより充実した訓練に活かすことを工夫して欲しい。

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	家族関係や疾患のことで不必要な事柄は他の利用者に聞かれないようにしており、記録等は詰め所に保管している。また、研修を通して必要な知識の習得に努めている。	研修を受講し、各職員が振り返り票に記入報告して理解を深めている。尊敬の念を持って接遇しており、姓を呼称しているが、結婚後の姓より旧姓に拘る利用者には旧姓で呼ぶなど個々の利用者に合わせた対応をしている。	
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	利用者が重度化し、本人の意思表出が困難な方も多いが、利用者の能力に合わせたコミュニケーションのとり方を工夫している。		
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し、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	職員側の決まりごととはできるだけ少なくしている。食事の場所や入浴の時間は可能な範囲で希望にあわせている。		
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	着替えは能力に応じて、自分で選んでもらったり、こちらで用意したりしている。理美容は出張サービスを受けている。		
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	重度化が進み、食事介助が必要な人が増えている。嚥下障害のある人には、歯科医師、歯科衛生士がリハビリ等を実施し、食事形態や食事介助への助言も行なわれている。	食材は配達で受入、職員が調理し、利用者と共に介助しながら喫食している。口腔衛生活動を毎食後行い、嚥下機能の検査を実施して、その結果に応じて個々の利用者にとって最適な食事の形態を配慮して提供している。おせち料理などの行事食、外食等少ないが楽しんでいる。	
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	食事摂取量は記録している。食形態やとろみ付与等その方の摂食嚥下能力に合わせて、歯科医師や栄養士の資格を持つ職員との連携で食事の工夫をしている。		
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	毎食後に口腔ケアの声かけ、誘導、介助をその人の能力に応じて実施している。歯科医師や歯科衛生士による居宅療養管理指導を受けている。		

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	紙おむつ、紙パンツは利用者にあわせて使用しており、必要性をケア会議で見直しを行っている。尿意便意の脆弱した人には定期誘導を行っている。	2人の利用者はほぼ自立排泄で、他の利用者は排泄表等をもとに声かけし支援している。退院後の利用者が徐々におむつからリハビリパンツに改善した例もある。	
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	繊維質の多い食事を提供しているが、咀嚼機能の低下から対応困難なことが多く、主治医に相談し、緩下剤や看護師による浣腸、摘便で対応している。		
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	利用者の能力に応じ一般浴とシャワー浴で対応している。利用者と会話をしながらゆったりと入浴している。	週2回の入浴と清拭を併用し清潔維持に努めている。職員と利用者が鼻歌を歌ったり、ゆず湯などを楽しんでいる。嫌がる利用者には、時間や職員を変えて対応するなどして入浴を促している。デイサービスの機械浴も利用している。	
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	夜間不眠の方は、主治医と連携して薬剤対応している。午睡は自由に取ってもらい、体調を見て促している。		
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	薬の管理は事務所で管理し、配薬箱に入れる際はダブルチェックを行い誤薬防止に努めている。利用者全員が薬剤師による居宅療養管理指導を受けている。		
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	1階で認知症カフェや元気アップ教室があるときは参加してもらっている利用者がある。		
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	利用者の希望により近隣のスーパーに買い物同行を行っている。気候の穏やかな時はホームの近所を散歩している。家族との外出は自由にしてもらっている。	重度化によって、外出が少なくなってきているが、近所のスーパーへの買い物、さくらの時季の公園への外出を支援している。自治会の敬老会や映画上演や麻雀など催事に、出られる利用者の外出を支援している。	

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
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	希望者にはお金の管理をしてもらっている。また、利用者の家族の要望により事業所が立替を行っている。		
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	電話の希望があれば取り次いでいる。		
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	季節感が味わえるように飾りつけなどを工夫している。トイレには分かり易いように張り紙を張っている。	食堂兼居間は調理室に面しており、職員は調理しながら利用者を見守っている。椅子やソファを食堂の周りに寛げるように配しており、手作りの季節を感じる作品を壁に飾っている。3ヶ所のトイレ、浴室は清潔に維持している。	
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	利用者同士の間人間関係を考慮して居間の居場所を工夫している。		
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	使い慣れた家具等を持ち込んでもらい、その人の状態に合わせて、家族と相談して撤去や搬入を行っている。配置は本人と家族に決めてもらっている。	2室の畳部屋、他はフローリングで、ベッドと押し入れやロッカーなどの収納部を設けており、利用者は家族の写真や自信の作品、馴染みの筆筒や椅子等を持ち込んで暮らし易い工夫をしている。	
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を送れるように工夫している	各居室に表札をつけており、トイレに張り紙をしている。出入り口(2箇所)にはセンサーを設置している。廊下の手すりの設置やバリアフリーにより安全な環境作りに努めている。		

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	33	介護度の高い人には、入居時に「重度化した場合における対応の指針」を説明し、同意を得ているが、全ての利用者の方針の説明や、同意を得られていない。	全ての利用者から、「重度化した場合における対応の指針」を説明し、同意を得る。また、終末期における在り方の希望調査を実施する。	面会時に本人や家族から、「重度化した場合における対応の指針」を説明。また、再度緊急時の意思確認書と共に、終末期の在り方について事業所が支援できることとできないことを説明し、本人や家族の希望を書面に残す。	6ヶ月
2	35	避難訓練において、年2回夜間想定を含めて訓練を実施しているが、地域住民の訓練への参加は実現していない。また、実施後の反省等の記録に抜けがある。	訓練実施記録の整備。地域住民への避難訓練の呼びかけと、事業所の防災計画や防災対策の共有。	運営推進会議において、事業所の防災計画や指針の説明を実施。防災訓練の際には、避難訓練の様子を見ていただくか、サロンや認知症カフェの場を活用し、地域住民と情報を共有する。また、実施した内容は記録に残し、反省点を明確化する。	6ヶ月
3	4	運営推進会議は隔月開催し、議事録は職員向けに掲示での回覧を実施しているが、家族への配布が無い。	職員だけでなく、家族へ向けた運営推進会議内容の公開。	事業所内向けではなく、家族や本人にも分かり易い内容の議事録を作成し、面会時等に配布できるように準備する。	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、行を挿入してください。