

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5-6		
自己評価作成日	平成27年2月27日	評価結果市町村受理日	平成27年3月23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27年3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)】

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機能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。強い嚥下障害のある利用者には、食形態の工夫や、食事姿勢の工夫をして、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対応している。
代表者が認知症介護指導者であり、人超介護のスキルアップに努めている。
大津市の「家族介護支援事業」の「家族介護者のためのほっとスペース」を25年9月から26年2月までの6回開催した。

【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)】

琵琶湖南端の山に囲まれた閑静な住宅地の中にあつて、小規模多機能型、デイサービス等合わせて5事業所を運営する法人のもとで、人材を適材配置し、職員間の協調とレベルアップを目指している。内外研修の受講の支援、嘱託職員も介護資格を取得するなど資格取得の支援をして、介護の質向上に努めている。運営法人が歯科であることを活かして徹底した口腔管理を行い、食前体操で誤嚥防止に注力している。臨床美術や音楽療法など、入居者が興味をもって楽しめることを採り入れ、作品を居間や廊下に沢山飾り、入居者が活気のある毎日の生活を続けられるように努めている。入居者は、職員と介護する・介護されることを忘れるような雰囲気、職員とともに楽しげに笑顔あふれる生活をしている。土砂崩れを近くで経験し、地域とともに防災での協力を進めている。

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、安心して暮らさせている (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	理念は「いつもの人といつもの街で、穏やかに健やかに暮らす」である。理念を入口に掲示している。 利用者、職員に分かりやすいところに理念を掲示している。	地域に密着する内容の理念を掲げ、困難事例に対した時は常に理念に基づき対処する努力を続けている。ミーティングの席上でも話題にあげ、日頃から共有に努めている。 理念の掲示が事業所内にない。	事業所の理念を家族、訪問者に知って貰い、職員も折に触れ確認するため、玄関居間、事務所などに掲出して欲しい。
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	利用者個人が地域自治会に加入しており、行事に参加している。 地域防災の対応を他事業所とネットワーク構築に取り組んでいる。	自治会行事や小学校の運動会など地元行事の情報を得て参加している。獅子舞の訪問や七夕での協力など地域の支援を受けている。認知症の講師として地域に出向いている。	
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「ホットスペース」には、利用者家族や地域住民が多数参加された。		
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、利用者の状況を報告すると共に、地域や家族の要望や意見を運営に取り入れている。外部評価や自己評価の結果、改善意見、その後の取り組みについても報告している。地域の土砂災害を踏まえ、一時拠点となるよう話し合っている。	会議は、家族、地域包括職員、自治会長等の参加で隔月開催している。業務報告や、認知症「オレンジカフェ」への協力、研修の場の提供、地域防災に関する話題を取り上げ防災に活かそうとしている。	
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。 市の家族介護者支援事業を行っている。	大津市家族介護者支援事業に参画し、在宅看取りの支援、制度手続き上の相談など、南地域包括支援センターと交流し、情報を得ている。運営法人理事長は、口腔衛生の研修の講師等を担っている。	
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。 玄関は防犯のため施錠しているが、ボタンを押すことで簡単に開けることが出来る。ボタンを押すことが理解できる利用者は自分で空けて玄関先で日向ぼっこをしている。	内部研修で身体拘束の正しい理解を共有している。安全を確保するためベッド柵を家族と協議して期間を定めて用いることもある。 玄関は、解錠の説明を記載した解錠ボタンを併用して昼間も施錠している。	昼間の玄関施錠を止める工夫をして欲しい。
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	集団指導等の内容を伝達して虐待防止の必要性を徹底している。 法令遵守委員会において定期的に報告を受け、必要性を確認している。		

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	伝達講習で学ぶ機会を確保している。利用者の中に、成年後見を利用している人がいた。また、必要と思われる家族には制度を紹介し、司法書士を紹介している。		
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、事前見学を含めて、時間をとって説明している。緊急性のある場合は家族の都合に合わせて、夜間に訪問している。		
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	面会簿に御意見を記入する欄がある。年1回の家族会では、家族だけで話し合う時間を設けて、運営推進委員会の場で報告を受け、直近のミーティングで話し合っている。	年間1回開催する家族会や、介護計画説明時、来訪時の面談を通じて家族の意向を取り入れる努力をしている。近くの大型店への買い物同行をして喜ばれている例もある。	
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	定期的なミーティングを開いて要望や意見を集約している。常勤職員には年1回個別面接を行い、10年後にどんな介護職員になってほしいかの希望や、研修の希望を聞いている。	月1回、日を選んで全体ミーティングを開き、モニタリング会議も併催して、出た意見を協議・決定し内容を記録して全職員が共有している。食事の盛り付けの器を変える提案で特定入居者の食事が進んだ事例がある。	
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	資格や勤務の能力を給与に反映できるキャリアパスの制度を整備した。		
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	グループホーム協議会に加入しており、講演会に参加している。		

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	利用にあたっては本人・家族と事前面接を行っている。また担当介護支援専門員からの経過などの情報提供を受けている。		
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	サービス開始前後に、家族や担当介護支援専門員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	相談を受ける際には、待ちの期間に使えるサービスを提示し、担当介護支援専門員と相談するように助言したり、小規模多機能型居宅介護の利用を勧めている。		
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り、人間関係が上手く行く場所を捜す。		
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。家族に対し強要とならないように配慮して、外出や行事への参加を依頼している。		
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	家族からの申出がない限り、知人などの面会も制限していない。	通い慣れた理髪店を利用できるように送迎する、家族の来訪時に一緒に食事するなどの支援をしている。訪問美容を継続して、美容師が新しい馴染みの人になってきている。	
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
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	入院退所になった場合は、定期的に状況を聞き取るようにしている。 病院に行った際は訪室している。		
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、その時の職員の思ったことや、対応を記録している。利用者の言動の奥にある思いを引き出すように努めている。	センター方式を基に独自のフェースシートを使っている。残存能力を維持するため、何ができるかを把握し共有し支援している。問題行動があった時、その原因が何かを追求することに注力し、取り除くことに努めている。	
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	家族よりの生活歴の聞き取りや、前介護支援専門員よりの介護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	計画的、画一的な日課にならないように注意している。 レク等も本人が参加したくない場合は参加しなくてもよいとしている。		
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	記録に残している利用者の言動やその時の職員の対応を考慮しながら、家族の意向や職員の意見も参考にして介護の要点を作り、介護計画に落とし込んでいる。	計画作成者は、モニタリングの結果を反映した介護の分野ごとに具体的な項目を示したケアプランを作成している。計画書の更新は6ヶ月毎で、家族に説明し同意を得ている。	変化の有無に係らず3ヶ月毎に更新し、家族に説明して承認を得て欲しい。
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	介護記録は、利用者の訴えや行動、それ以前の何らかのきっかけを記録し、とそれに対する職員の思った事や介護内容を記録するようにしており、気づきを抽出できるようにしている。		
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	通院は家族の希望に基づき同行している。		

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	民生委員、自治会、学区社協、地域包括支援センターの代表者には運営推進会議の委員に参加してもらっている。介護タクシーの利用を行っている。		
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	協力医療機関以外にも家族や本人の希望に基づく主治医がいる。その内3箇所の医療機関には家族の依頼に基づき受診に同行している。家族のみが受診付添する場合は、心身の状況を文書で報告している。	約半数の入居者は、同意して協力医をかかりつけ医としている。従来のかかりつけ医の受診は基本的に家族が支援し、事業所が代行することもあるが、受診結果は共有している。協力医の毎月の往診、看護師の毎週の訪問を全員が受けている。	
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、介護職員が看護師経由で、又は直接管理者に報告している。往診に切り替える場合は家族が直接主治医に依頼するようにしている。		
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。	入院した場合でも面会を行っており、洗濯物の回収、届を行っている。家族の同意が得られれば地域医療連携室を通じて状態把握を行っている。協力病院との連携を持っている。		
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	「重度化した場合における対応に関する指針」を作っており、それに基づいて早い時期から、事業所ができることできないことを説明している。重度化した場合には、その都度主治医や家族と話し合い、納得していただくようにしている。看取りの際には家族に寝具の提供をおこなっている。	入居時に重度化時対応指針に同意し、その後、主治医の判断を得ての看取り介護の確認や具体的方法に関する協力を同意している。医療連携加算体制は採られていないが、見取り介護を実施し家族の安心を得ている。	
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	普通救命講習(AEDの使用法、心肺蘇生法)を受講し、普通救命Ⅱの取得を目指している。		
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	防火訓練は年2回実施し、水害に対して地域の施設と連携を図るようにしている。運営推進会議で1年間地域防災について議論した。	緊急連絡先を掲出し、地域が水害遭遇を経験したことから、運営推進会議で避難対策について話し合っている。3日間相当の食料備蓄がある。直近1年間は、防火、避難訓練は実施していない。	夜間想定を含む年間2回以上地域の協力を得て防火避難訓練を実施し災害に備えて欲しい。

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	家族関係や疾患の事などで不必要な事柄は他の利用者に話さないようにしており、記録等は詰所に保管している。	人権尊重のための研修を実施し、入居者の尊厳を重視する介護に努めている。自分がして欲しくないことをしない、馴れ馴れしくなり過ぎない言葉かけに留意して接している。個人情報、鍵付き保管庫で保管している。	
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	職員がわの決まりごとは出来るだけ少なくしている。食事の時間や場所、入浴の時間など、希望に合わせるようにしている。		
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	衣類の選択は利用者の能力に合わせて、自分で選んだり、選ぶのを手伝ったりしている。妥当性に欠く場合は一緒に着替えている。理美容は近所の理美容院を利用している。		
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	食事は一緒にとるようにしており、ペーシングが必要な方には声掛けを行っている。。現在は入院されているが、重度の嚥下障害の方にファーラ位で食事介助を行っていた。摂食量は記録している。	レシピ付きの食材を業者から仕入れ、下拵えや味付けを入居者も手伝い、職員が調理している。入居者のリクエストにも対応し、検食当番も決めて記録して調理に反映している。口腔衛生に努め、職員も同じメニューで楽しんでいる。	
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	母体の歯科診療所が日本老年歯科医学会研修施設の認定を受けており、摂食嚥下障害の方に対して協同してさまざまな工夫を行っている。		
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	毎食後に、口腔ケアの声かけ、誘導、介助を利用者の能力に合わせて実施している。ケア後は職員が確認し必要に応じて仕上げ磨きを行っている。		

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
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合わせて使用しており、ケア会議で見直しを行っている。尿意便意の減弱した人には定時誘導を行っている。	昼夜通して紙おむつを必要とする入居者から、布パンツで自立排泄可能な利用者まである。個々の排泄パターンを認識し共有して、適確な誘導を行い、入居者の尊厳を損なわない支援を実現している。	
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	食物繊維の摂取に留意しているが、咀嚼機能の低下からなかなか増やす事が出来ずに、緩下剤の服用で対応している。		
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	以前は夜間の入浴にこだわっていた利用者がおられ対応していたが、現在は午前午後の時間帯の入浴になった。利用者の能力に応じ、リフト浴と、一般浴に分けている。	週2～3回の入浴を、午前11時から午後2時頃までの間で楽しんでいる。入浴忌避の利用者は、時間を変えたり翌日に延ばすなどで対応し、足湯も併用する。季節に合わせて、菖蒲湯やゆず湯を楽しんでいる。	
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	午睡は自由に取ってもらっている。本人の希望により、居間で休むほうが良い(部屋では寂しい)人は居間で仮眠してもらっている。		
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	介護の要点に利用者個人の定期処方内服薬、外用薬を記載しており、変更があれば改定している。末尾に副作用をまとめている。臨時処方引き継ぎノートに記載し、薬説明書をファイルしている。		
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	専門家を招き月2回の音楽療法、月1回の臨床美術を行っている。		
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	希望により近隣のスーパーへ買い物同行を行っている。季節により近隣の公園にドライブや散歩を行っている。	温暖な時期には、入居者の希望にそって、車椅子利用でも散歩に出掛けている。近隣住宅地内を散歩し、地域交流にも努めている。季節を感じる花見、紅葉見物には、全員参加のドライブも楽しんでいる。	

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	家族の要望により、本人はお金を所持していない。買い物は代金を立て替え、家族に請求している。		
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	本人の能力により手紙(主に年賀状)のやり取りを支援している。		
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	居間には花を飾って季節感を持たせている。 廊下に臨床美術の作品を飾っている。	食堂兼居間の中央に大きな机があり、全員が顔を合わせることができる交流の場となっている。調理場が側にあり、下拵えや後片付けの手伝いや入居者の観察も容易である。壁に臨床美術の作品を貼っている。トイレは3箇所配置し、浴室ともに清潔に保っている。	
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	利用者同士相互訪問していたが、現在はなくなった。		
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	使い慣れた家具類を持ち込んでもらっている。利用者の心身状態に応じて、家族と相談して撤去や導入を行っている。	和洋両仕様があり、何れもベッドが備品として提供されている。入居者はそれぞれ好みの収納家具などを持込み、居室を動きやすいように整頓し、過ごしやすい環境にしている。	
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	トイレには大きな張り紙をしている。 各居室には表札をつけている。 出入り口(二箇所)にはセンサーを取り付けている。		

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	35	夜間想定を含む年間2回以上地域の協力を得て防火避難訓練を実施し災害に備えて欲しい。	年に2回以上、近隣、地域の方々と消防の協力を得て、非難訓練を実施する。	①4月中に27年度第1回目の避難訓練を実施するため、消防署に相談する。 ②3月に実施する運営推進会議で、地域と合同の非難訓練の提案をする。	3ヶ月
2	26	変化の有無に係らず3ヶ月毎に更新し、家族に説明して承認を得て欲しい。	モニタリングの結果によるケアプランの作成を3ヶ月毎に実施する。	①ミーティングで、出た意見をそのつど介護の要点に反映させる。 ②介護の要点を参考として、包括的自立支援プログラムによりケアチェックを実施し3ヶ月毎に個別援助計画を作成して、家族に面談、説明の機会をもつ。	3ヶ月
3	1	事業所の理念を家族、訪問者に知って貰い、職員も折に触れ確認するため、玄関居間、事務所などに掲出して欲しい。	事業所理念を周知してもらおう。	①事業所理念を掲示する。 ②職員全員のケアが理念の裏にある理想に近づくために常に自分達のケアを振り返る切っ掛けとする。さらに自分達のケアから新しい理念づくりを目指す。	3ヶ月
4	6	昼間の玄関施錠を止める工夫をして欲しい。	利用者も地域住民など訪問者も自由に出入りできる環境を整える。	①利用者が建物の外でも地域住民に見守られながら安心して安全に過ごすことができるために認知症の人への理解を地域に広める。 ②利用者が自由に独りで散歩でき、道に迷っても手助けしてもらえるために地域住民対象の訓練を実施する。(6月ごろ実施予定) ③防犯用の施錠のみ実施する。	12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。