

### 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	2571500194		
法人名	株式会社ドリエジョ		
事業所名	ゆめさとグループホーム		
所在地	滋賀県蒲生郡日野町西大路井上434-2		
自己評価作成日	令和1年 7月1日	評価結果市町村受理日	令和1年8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 株式会社平和堂和邇店2階		
訪問調査日	令和1年 7月25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)】

当事業所では、デイサービス、福祉用具と連携を図り入居者様のケアに取り組んでいる。日々の生活の中で個々の状況に応じたケアを心掛け、入居者様の希望を聞き、行事・外出等、楽しく過ごせる環境づくりに努めている。日々、業務優先・リスク回避に捉われず本人様の思いを尊重し、共に楽しむことを大切に思っている。家族様に定期的に状況を報告し、面会に来ていただいた際に説明を行っている。家族様参加型の行事等を実施し、共に入居者様を支えていただけた信頼関係が出来るように取り組んでいる。医療面では嘱託医・看護師と24時間連絡体制を、認知症の専門医・地域の医療機関とも連携している。スタッフの勤務体制も年齢・身体・精神的な負担を考慮し楽しく働ける体制づくりに努めている。今後も入居者様・家族様等との信頼関係を深くし、より良いケアを提供できるように取り組んでいきたい。

#### 【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)】

日野の田園地帯に18名が暮らしている当事業所は設立後16年が経過している。職員は「利用者が主役」の理念と、自立を介護指針に据え、朝起きてから寝るまでの日常介護では安易に手を貸さず、利用者個々の持っている能力を発揮してもらおう工夫をしている。同じ敷地内にデイサービスがあり設備の利用や職員、施設を訪れる人との交流も図り利用者にとって好評である。医療連携体制加算事業所として職員の看護師、協力医療機関と緊密に連携をとり、利用者の健康管理に取り組んでいる。看取りの経験もあり終末期に対する体制も確立している。利用者は地域の催事には積極的に参加しており、事業所は認知症の講演会も開くなどして地域に深く定着している。

### 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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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、安心して暮らしている (参考項目:28)	<input type="radio"/>	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	地域密着型の意義をふまえた上で、理念を作成している。勤務表にも理念を入れ、スタッフの目につくようにしている。実践に向け話し合っているが、不十分な部分もある。	「利用者が主役と地域密着」などを理念とし所内に掲示、勤務表にも表示している。毎月行うスタッフ会議で転倒事故など問題が起きた際、利用者を中心に対応したかについて討議して職員間に理念の浸透を図っている。	
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	地域の行事に出来る限り参加し、小学生の訪問等もあり、交流を持っている。また、散歩・地域のお店で買い物・図書館の利用等、つながりを大切にしている。	自治会に加入し地域の祭りや防災訓練などの行事には積極的に参加、事業所主催の秋祭りは地元の協力を得て多くの人が来所している。ボランティアの受け入れや幼稚園、小学校の運動会に参加して交流を深めている。	
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	事業所内のスタッフが地域の方からの依頼等により勉強会を行なっている。また、キャラバンメイトの研修を通じ、地域の方の認知症への理解に努めている。		
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	民生委員の方にも参加して頂き、2ヶ月に1回実施している。入居者様の状況報告・地域の高齢者の方の状況等、様々な意見を頂いている。地域の防災訓練等の情報も頂き、参加している。	会議は行政、自治会、民生委員の参加を得て隔月に開催、状況報告や意見交換をしている。隣接の事業所と合同で実施し、会議の内容は全職員に説明している。成果として地域の防災訓練への参加がある。	運営推進会議は主役の家族が参加し、防災や徘徊防止策など、喫緊の課題を討議し運営に活かすよう希望する。
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	運営推進会議にも参加して頂き、事業所の状況を報告し、対象となる方の受け入れ等、役場の方等とも意見交換・相談させて頂いている。	介護支援課、地域包括支援センターとは運営推進会議以外でも日常的に連携を持ち、利用者の状況報告や運営上の課題などを相談し助言を得ている。市からの依頼で認知症に関する講演に応じている。	
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	安全面を考慮し、やむを得ない部分もあるが、出来る限り身体拘束をしないケアに努めている。言葉かけにも注意しながら、自由に行動して頂けるように心掛けている。	職員は身体拘束に関する研修を通して知識を深め日常の介護に当たっている。夜間以外は玄関の施錠はしていない。職員は利用者の動きを細かく見守っているが、昨年居室の窓から無断外出者が発生している。	職員は利用者の見守りを基本とする防止策を再検討し、発生時の連絡網構築を図るなどの工夫をしてほしい。
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	日々の業務・ミーティング等で話し合い、虐待のないケアに努めている。また、ストレスをためないよう、スタッフ間でコミュニケーションを取っている。		

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
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	制度について学ぶ機会は設けられていないが、後見人制度を利用されている方もおられ、役場を通じ制度の利用を始められる方もおられる。		
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	契約時には、家族様に説明する機会を設け、契約前に説明・話し合いの場を設けている。また、入居者様の状況等に応じ、相談・話し合いの場を設け、理解・納得をして頂けるように話している。		
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	家族交流会・面会時等に家族様からの意見を聞き、必要に応じスタッフ間で話し合い、運営に反映させている。また、LINE等により、気軽に意見を聞けるようにしている。	家族の平均訪問回数が月2回、家族会を年2回実施している。行事の開催時に家族交流会を行ない、その際意見や要望を聞いている。家族の提案で利用者の状況をLINEにより動画や写真を配信し好評を得ている。	
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	日々の業務・ミーティングにより意見を聞く機会を設けている。また、日頃よりコミュニケーションがとれているため、意見交換の機会は多い。	日常業務や毎月のスタッフ会議で職員の意見を聞いている。管理者はリーダー会議で意見を集約し運営に反映している。職員の提案により食材の買い付けから食事やおやつなど調理する回数を増やしている。	
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	個々の勤務状況、努力を把握し、やりがいを持って働けるように必要に応じ話し合い、取り組んでいる。業務時間内に、業務が終わらないこともあり、今後も業務内容等の見直しをおこなっていききたい		
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	研修の実施、参加等難しい部分もあるが、出来る限り個々のスタッフの状況を踏まえ、研修へ参加してもらえるようにしている。		
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	定期的なグループホーム部会への参加、地域の福祉事業所の集まり等への参加は、出来る限り行い、交流を図っているが、それ以外の部分での交流はできていない。		

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
<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	入居申し込みを頂いてから、入居までの間に本人様の状況を見に行かせて頂き、話を聞くようにしている。また、入居後も不安に思っておられる事等に耳を傾け、安心して頂けるような関係作りに努めている。		
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	入居前の面接時等に家族方の思い、要望を聞き、安心してサービスを受けて頂けるように説明・話し合いを行なっている。		
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	入居申し込みの際に本人様の状況を確認し、その方に必要なサービスを考慮し、グループホームにこだわらず、選択肢を多く持ち、相談・対応を行なっている		
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	日々の生活の中で入居者様に助けをいただくことも多く、同じ目線で楽しく過ごせるようにとくんでいる。また、出来ることを一緒にして頂きながら家族のように接しられている。		
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	家族交流会等、家族様にも参加して頂ける行事等を実施している。各々の家族様と本人様の関係等も考慮しながら思いを聞き、一緒に考えてケアに繋がるよう努力している。		
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	面会等、基本的には制限をしておらず、自由にして頂いている。地域の行事等に参加し馴染みの方と出会う機会、馴染みの美容院等にも出来る限り行けるように支援している。	入居前のアセスメントから馴染みの関係や要望を把握し、美容院や買い物、法事、墓参、帰省などの支援に取り組んでいる。敷地内にあるデイサービスを訪れる人との交流も積極的に支援している。	
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	共に生活をされる中で、入居者様の状況に応じ、関係性が良くなるように席替え等、考慮し、その都度スタッフが間に入り対応を行なっている。		

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
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	契約終了後も、必要に応じ相談等の対応を行なっている。また、退去時には、今後のことも相談にのり、一緒に考えている。		
<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</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	意思疎通が可能な方には、本人様の希望・思いを尊重しケアを行なっている。意思疎通の困難な方も家族様と相談し、過ごしやすい環境が提供できるように対応を行なっている。	自分の希望を上手に表現できない利用者が年々増えているためアセスメントシートや日常会話、動作から本音を汲み取ることにしている。家族との懇談も密に行い情報を得よう努力している。	
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	入居面接時に、本人様・ケアマネ・家族様より、本人様に関する情報を得ており、経過把握に努めている。また、担当者中心に生活歴・交友関係等の理解に努めている。		
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	1日過ごしかた、身体面・精神面等、個々のケース記録に記入し、交替勤務でも状況を把握できるように情報の共有・連携に努めている。		
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	面会時に家族様と話し合い、毎月のミーティングでスタッフと話し合い情報を共有しながら課題を決め、ケアプランを作成している。	介護計画は利用者個々の事前評価とモニタリングを参考に本人、家族、担当職員を交えて作成している。状況変化があった際の介護計画と6ヶ月毎の見直し計画には署名捺印があるが、3ヶ月毎の見直しは行っていない。	利用者全員について3ヶ月毎の見直しを行い、家族に都度説明して承認印をもらうよう希望する。
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	個々の記録を記入し、定期的にとりまとめ、本人様の状態を把握しており、毎月、ミーティング等で話し合っている。		
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	その時々本人様の身体面・精神面に応じたケアを提供できるように必要に応じ、相談・対応を行なっている。		

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	地域の行事への参加・小学校・保育園との交流を行なっている。また、地域のお店にも協力をして頂いている。		
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	本人様、家族様の希望により、入居前の主治医を継続しておられる方もある。また、本人様の状況に応じ、家族様・主治医と相談し、病院受診を行なっている。	協力医とかかりつけ医の選択は自由で4名が従来からのかかりつけ医、14名が協力医を受診している。協力医は月1回の往診があり看護師による巡回もある。通院時は職員が同行し診療結果を家族に報告し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	入居者様の状態の変化・転倒された際等、看護師に相談・報告をし、指示を仰ぎ、適切な対応ができるように支援している。また、嘱託医・看護師と24時間連絡が取れる体制をとっている		
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。	入居者様が入院された際、定期的にお見舞いに行き、看護師・地域連携室の方から、本人様の状況を聞いている。また、早期退院に向け話し合い・対応を行なっている。サマリー等により、情報の共有に努めている。		
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、事業所です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	入居時に、重度化に向けた対応について説明し、同意を得ている。グループホームで出来ること・できないことを説明し、状況に応じ、家族様・主治医と相談し、ここでの対応を考えている。	重度化や看取りについて入居時に文書による説明の上、同意書を交わし確認印を貰っている。この2年間看取りは発生していないが、過去に行った看取りの経験を活かし、マニュアルを作成して体制を整えている。	
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	急変時の対応について、話し合い場を設け、スタッフ全員が対応できるように取り組んでいる。また、冷蔵庫に対応表を張り、スムーズに動けるように努めている。		
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	年に2回、避難訓練を行なっている。また、地域の防災訓練にも参加し、地域の方にも協力して頂けるように取り組んでいる。	年2回のうち1回は夜間を想定した防災訓練を実施している。消防署立合いによる指導を受けているが、地域住民の参加が得られていない。緊急時の連絡網や防災マニュアルは整備している。備蓄は飲料水だけである。	災害時は地域住民の協力が必要であり訓練参加を呼び掛けると共に災害時の食料準備を望みたい。

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
<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	個々の入居者様の人柄、個性に応じた声かけ・対応を行なっている。本人様の尊厳を大切に、対応を行なっている。	目上の人という意識を持ち言葉遣いに注意して接している。トイレを開けっ放しにしない事や入浴時は同性介助を心がけている。気になる態度や言葉使いがあれば、その都度職員同士や管理者が注意している。	
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	日々の生活・会話の中で本人様が思いを伝えられるように対応をしている。食べたい物や行きたい所等、会話の中で決めて頂けるように努めている。		
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	出来る限り本人様のペースで生活を送って頂けるように支援している。できないこともあるが、本人様の思いに沿って過ごして頂けるように努めている。		
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	本人様の好みに合わせ衣類を選んで頂いたり、馴染みの物を身につけて頂いたり、こだわりのある方には、行きつけの美容院へ行って頂けるように支援している。		
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	食事を最初から作ることはできていないが、食事の準備・片付け等出来ることは、一緒に行なっている。会話の中から、食べたいもの等を聞き、外食・メニューに取り入れている。	主食以外は配食サービスを利用したり出来合いの副食を購入している。月4回程度職員と利用者が共に調理したり、お好み焼きやバーベキュー、鍋料理をする機会を設けている。月2回程度の外食もしている。	
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	食事摂取量等、個々に記録し把握している。体調により食事量の減少が見られた際は、食べやすいもの・好まれるものを提供し、対応をしている。		
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	毎食後の口腔ケアの実施はできていないが、夕食後にはしっかりと口腔ケアを行なっている。今後、口腔内の清潔の保持のためにも、口腔ケアを実施していけるように取り組んでいきたい。		

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
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	排泄チェック表により、個々の排泄パターンを把握し、出来るだけトイレで排泄して頂けるように支援している。個々の状態により、自立に向けた支援が難しい部分も多い。	3名が布パンツ、他は全員リハビリパンツを着用し、適切な声かけと個々の排泄パターンを把握し、トイレに誘導することにより失禁回数を抑えている。夜間は3名の利用者が簡易トイレを使用している。	
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	水分摂取量の把握、運動・体操・ヨーグルトなどの提供を行い、出来る限り自然排便ができるように取り組んでいる。必要に応じ、医師に相談し、薬を処方して頂いている。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	スタッフの人数の都合上、個々の希望のタイミングでの入浴は難しいが、拒否等が強い日は、入浴日をずらす等対応を行なっている。	一日置きに入浴し、必要時には清拭、足浴も行っている。湯量を豊富に使い入浴剤の使用で気持ちよく入浴できるよう配慮している。車椅子の利用者などは併設のデイサービスにある浴槽を利用している。	
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	安心して休んで頂けるようにベットか布団かどちらが良いか状況に応じ、変更している。入眠時間も本人様の思う時間に休んでおられる。日中、ソファで休んで頂けるスペースも設けている。		
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	薬の内容等、スタッフ一人一人が把握できるようにファイルに綴じている。また、服薬変更があれば、経過を置き、受診の際に医師に報告している。		
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	生活歴から、個々の能力・好みを把握し、それに沿ったケアを支援している。個々で過ごされる時間、全体でレクをする時間等楽しく過ごせ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。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	その日すぐに対応することは難しい部分もあるが、希望等に沿って外出等も計画をしている。また、家族の方と連携し、家族様の協力のもと外出等もできている。	気候が良い時期は夕方事業所近辺を散歩するのが日課となっている。季節ごとに植物園や花見、神社など、車椅子の利用者を含め全員で遠出をしている。月2回程度は家族と一緒に買物や食事などで外出している。	



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	基本的には、金庫で預かっている。外出時、スタッフとともに支払いをしていただく等支援している。		
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	本人様の希望により、電話を使用される方、家族様へ手紙を書かれる方もあり、継続できるように支援している。		
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	季節を感じて頂けるよう、壁飾りを作ったり、花を植えたり工夫をしている。また、体調に合わせ、温度・空調の調整を行なっている。	食堂兼居間は季節に応じた飾り付けや壁面には利用者の作品を貼り家庭的な雰囲気作り出している。廊下は広くバリアフリーで手摺もある。トイレは車椅子に対応する広さで清潔に保っている。	
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	フロア内でも個々でゆっくりできるスペースや空間の工夫を行なっている。		
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	本人様が自宅で使っておられたものを持ってこられたり、希望によりテレビを持ってこられている。認知症状の状態により、安全等を考え、物を置かないようにしているところもある。	居室は和室と洋室が半々で、8畳強の広さがあり、洗面台も設置している。備え付けの小ダンスの上には家族写真を飾り馴染みの家具が置かれている。部屋の掃除は利用者と職員が一緒に行い清潔である。	
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	施設内は自由に動いて頂けるようにしている。トイレ表記等をわかりやすくしたり、物をあまり置かないようにする等、安全面にも配慮を行なっている。		

## 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	10	介護計画が、状況に変化野あった場合・6ヶ月毎の見直しは行なっているが、3ヶ月毎に家族様に捺印をもらえていない	入居者様全員について介護計画を3ヶ月毎の見直し、家族様の捺印をいただく。	介護計画の見直しを随時行い、家族様に説明・捺印をいただく	12ヶ月
2	5	行方不明になられた際の連絡網の作成・スタッフ間での把握	マニュアル・連絡網をみなくても、スタッフが、誰に連絡すればいいか把握できるようにする	緊急時の動き・連絡方法の再構築	12ヶ月
3	3・13	地域住民との協力体制	避難訓練・行方不明時等、協力して頂けるように、協力体制を作る	運営推進会議等にて、地域への協力要請の依頼 緊急的な事柄が起こった際に、今後の対応について、地域の方も踏まえ検討する機会を設ける 災害時の備蓄について、経営会等にて検討を	12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。