

1 自己評価及び第三者評価結果

【事業所概要(事業所記入)】

事業所番号	2891400083		
法人名	医療法人社団 紀洋会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 グループホーム篠山東		
所在地	兵庫県篠山市小田中172-1		
自己評価作成日	平成30年10月31日	評価結果市町村受理日	平成31年3月14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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/28/?action=kouhyou_pref_top_index=true
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 福祉市民ネット 川西
所在地	兵庫県川西市中央町8-8-104
訪問調査日	平成31年1月10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)】

グループホーム基本理念「地域から信頼され共に生活を楽しみ営む」のもと運営しています。入居者の「生活・暮らし」を集団で捉えるのではなく、個別に支援し、選択ができる環境を作っています。特に食事の準備や片付け、買物、洗濯、掃除などの身の回りのことは可能な限り自分でしてもらうよう支援しています。入居者を共に支えあう関係つくりのために、家族との行事(新年会・大掃除・お花見・バス旅行)実施しています。また、地域住民・市役所地域福祉課・地域包括支援センターの協力を得ながら開催している認知症カフェ(たきたきカフェ)も2年が経過しました。参加者との顔なじみの関係も構築され、今後、さらに地域に根ざした事業所になれるよう取り組んでいます。

【第三者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)】

山里の自然豊かな環境の中、県道沿いにある平屋造りの建物は、以前は市のデイサービスとして使用されていたもので、現在は居室部分が増築されてデイサービス併用のグループホームとして使われている。母体の医療法人は多くの地域密着型サービスの事業所を運営しており、本部が医療の強みを活かした様々な活動をバックアップしている。利用者は現在すべて女性で、比較的平均介護度は低く、管理者はじめ、開設当初から勤める職員も多い。馴染みの関係性のためか日常のさりげない会話や笑顔、ふるまいから利用者の安心感が窺い知れる。行政とともに力を入れて作りあげた「たきたきカフェ」は、認知症の方を支えるサロンであり広報誌にもとりあげられ、啓発活動の拠点として今後ますます地域の期待が広がっている。

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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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. 全くいない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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		

自己評価および第三者評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	地域と連携し入居者が役割を持ち楽しみながら安心した生活を支援するよう努めている。また、理念を掲示したりネームプレート裏側に張る事で意識付けをしている。	「地域から信頼され、ともに生活を楽しみ営む」は、法人理念である「地域に根ざした誠実でよりよい医療・介護の実践」ともつながり、地域の中での関係性や役割を重視した理念になっている。理念は玄関の壁に掲示したり、リーフレットに記載するなど外部への発信も行っている。	
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	地域行事(新年会・年2回のクリーン作戦)に参加している。事業所の草刈りやセンター祭りでは地域住民に協力してもらっている。また、日常的に散歩や買物に出かけることで地域との交流が図れている。	自治会に加入し、地域の情報を得て、夏祭りや草刈りなどで交流を図っている。平成28年から「たきたきカフェ」(認知症カフェ)は地域の方から信頼を得て定着しつつある。併設デイサービスのホールで毎月第一日曜日に開催され、イベントなども取り入れながら地域住民と共に過ごせる憩いの場所となっている。	
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	平成28年11月から認知症カフェ(たきたきカフェ)を開催することで地域貢献を目指している。カフェでは毎月の催しを企画し、参加しやすい雰囲気作りをしている。		
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	会議では運営報告を行い、出席者から情報収集し、よりよい運営ができるよう協議している。また、年1回は出席者、入居者、職員との昼食会を開催し、入居者の声を直接聞いてもらえる機会を作っている。	事業所の一角で偶数月に開催している。地域住民や行政の参加はあるが、家族の参加はほとんどない。入居者の状況を説明したり、年に1回は昼食会を兼ね、利用者の普段の様子を見てもらっている。議事録は当初家族に送付していたが、現在は中断している。	中断している議事録の送付について、事業所の運営を家族により理解してもらうためにも再開を期待する。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	運営推進会議や市主催の会議、認知症カフェなどで協力関係を築くようにしている。	市の担当者とは電話や書類のやりとりを行い、話しやすい関係性である。昨年12月の市の広報誌に身近な認知症の方の施設として、事業所を取り上げてもらった。認知症カフェについては市とともに企画し立ち上げている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	年1回事業所内で研修を行ったり、市内で開催される研修にも積極的に参加している。ケアが身体拘束に繋がっていないか職員同士でも確認を行っている。	現在、身体拘束を行っている利用者はいないが、センサーチャイムは使用している。日中玄関は施錠しておらず、同フロアのデイサービスにも行き来ができる。身体的拘束の適正化について、マニュアルを作成、運営推進会議を対策検討委員会として活用している。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
7	(6)	○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されることがないように注意を払い、防止に努めている	年1回事業所内で研修を行ったり、市内で開催される研修に積極的に参加し、再確認する機会を設けている。	事業所内外の研修に参加している。管理者は言葉づかいを気かけ、職員のストレスについて個別に話を聴いたり、自分自身のストレスも溜めないように気をつけている。法人からのストレスマネジメントのアンケートは、現在は希望者のみ実施している。	
8	(7)	○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	篠山市高齢者・障がい者権利擁護サポートセンターに講師を依頼し、研修を行ったり、パンフレットを掲示している。現在1名の利用がある。	現在、後見人の制度を活用する利用者がいる。そのため職員の知識はあるが、篠山市高齢者・障がい者権利擁護サポートセンターに講師を依頼し、研修を行い理解を深めている。	
9	(8)	○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	契約時や改定の際には、丁寧に説明している。	契約は丁寧に説明をすることを心がけており、質問の多い終末期にどのように対応するかについては、事業所としての対応方針、医療連携体制の事など詳しく説明している。	利用者が入院した際の居室確保期間を、可能な範囲で文書化すれば利用者や家族の安心につながるのではないだろうか。
10	(9)	○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	第三者評価を家族に公開し運営に活かしている。また、意見苦情の窓口案内や意見箱の設置をしている。	第三者評価の結果を掲示し、家族や来所者に公開している。アンケートを参考に家族の意見を伺い、改善するよう努力している。家族の面会時にもなるべく意見や要望等を聴くようにしている。	
11	(10)	○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	毎月のスタッフ会議だけでなく、日常的にできる限り意見・提案しやすい環境をつくり、こちらから聴取するよう心がけている。	職員の得意なことや個人の就業環境に考慮して、管理者が業務を割り振ることもあれば、菜園や食事、レクリエーションに関しては、職員の自発的な意見を尊重し、責任をもって遂行してもらうこともある。	
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	職員個々の就業環境に十分配慮し、得意分野(レク・作業・調理・花壇の管理など)を業務において発揮できるよう配慮している。		
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	キャリアパスを有効に活用しながら、職員個々に応じた資格取得への啓蒙、法人内や市開催の研修への参加を促している。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	親睦会行事や他事業所での行事・研修への参加を通して交流をしている。		
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	本人の思いを1番に考え、ケアに取り入れたり、他職種とも連携を図り生活での不安を取り除けるよう努めている。		
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	本人の思いを基に、家族の要望に応えらるよう努めている。必要に応じて何度でも話し合いを行うようにしている。		
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	相談内容を適切に理解し、早急に受け入れが出来ない場合でも法人内のグループホームや他サービスの説明をするようにしている。		
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	主役は入居者である事を職員は理解し、洗濯・掃除・買物・身の回りの事等出来ることは本人にしてもらえるよう支援している。		
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	新年会・バス旅行・お花見・大掃除等の行事参加を呼び掛け交流する機会を設けている。		
20	(11)	○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	認知症カフェや買物時に馴染みの方と交流する機会がある。隣接するデイサービス利用者や友人が面会に来られる事もある。	新年会、大掃除、バス旅行などの行事で家族の参加が増えている。同級生の来所や年末年始の外泊も歓迎している。法人職員による毎週の音楽療法や認知症カフェでの交流、花や野菜を届けてくれる地域の方との馴染みもできている。	

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	入居者同士の口論の間に入ったり回避するよう努めている。職員も一緒に座り交流する事で入居者同士の会話のきっかけづくりをしている。		
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	葉書でのやり取りや、病院へのお見舞い、亡くなられた際にはお別れにしに行っている。		
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	(12)	○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	記録やスタッフ会議にて職員で共有し、本人の要望に沿えるよう検討している。	自立支援の観点から、自分で選んでもらうことで、思いや意向を反映している。洋服やおやつ、散髪の際の髪型など、なるべく本人の言葉で答えてもらえるように支援している。また、利用者としても多く話す時間を設けるように心がけている。	
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	事前に個人記録で把握したうえで、本人の会話からや面会時の家族からの会話から新たに情報を得た場合は記録に残し、職員全員で共有している。		
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	申し送りや記録で共有し、臨機応変に対応するよう努めている。		
26	(13)	○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	本人や家族から要望を聞き必要に応じて話し合いの場を設け、ケアマネージャーが介護計画を作成している。スタッフ会議で課題を話あっている。	1~2人の利用者を居室担当がみている。更新時は、家族が来られるタイミングで担当者会議を行い、家族の希望も聴きながら介護計画を作成している。スタッフ会議で課題を関係者と話しあい、個別性のあるプランを意識している。	
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	毎日個人記録に1日の様子を記録し共有に努めている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	家族の状況変化の情報があれば記録にて共有している。必要に応じて入退院時の送迎や、行事に参加する家族の送迎も行っている。		
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	市役所・地域包括センター・地域・医療機関と連携しながらよりよいケアに繋がるよう努めている。また、市内で開催の桜まつりに参加、週3回の買物のうち混雑していない週2回は一緒に行くようにもしている。		
30	(14)	○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	現在、家族の同意を得て入居者全員主治医が法人内の医師となっている。月2回の往診があります。必要に応じて受診にしている。	かかりつけ医は自由に選べるが、法人母体の病院の内科、整形外科、歯科からそれぞれ毎月1回の訪問診療があり、全利用者がかかりつけ医としている。他科受診については家族が付き添い、都合によっては職員の応援が可能である。法人の訪問看護師が毎月2回訪問して健康管理を行っており、手厚い医療連携体制が出来ている。	
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	法人内の訪問看護師と連携しており、月2回看護師が健康チェックに訪れる。24時間体制で連絡が取れるようになっている。緊急時は併設のデイサービスの看護師とも連携がとれる体制となっている。		
32	(15)	○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。	法人内の病院に入院されることが多く、主治医や訪問看護師と連携がとれている為情報交換がスムーズに行えている。	法人の医師と訪問看護師との連携により利用者の状態把握に努め、出来るだけ入院にならない様に状態の変化に留意している。入院時は必要物品を届けたり、見舞いにより情報を得て、早期の退院に向けて働き掛けている。	
33	(16)	○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	契約時に重度化や終末期の支援について説明し、同意を得ている。早い段階から主治医・訪問看護と相談し、家族に説明を行っている。	契約時に、重度化と看取りに関する事業所の指針を説明し、緊急時の延命処置についても家族の意向を確認している。利用者の状態に合わせ適時、主治医も交えて家族の意向を確認している。	
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	法人内でのマニュアルに沿って対応出来るよう確認の研修や訓練をおこなっている。応急手当については訪問看護師による研修を受けている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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	(17)	○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回昼夜を想定した避難訓練を実施している。地域の消防団と合同避難訓練を行い、非常時の協力体制が築けている。	ハザードマップによると、事業所は国道を挟み川に面しているが、水害や土砂災害の危険性は少ない。地元消防団の訓練参加を含め、年に2回の避難訓練を実施している。職員は、利用者の避難方法を訓練にて確認している。家族に訓練参加を呼び掛けているが参加はない。	引き続き家族への訓練参加を呼び掛けて頂きたい。
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(18)	○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	個々や場面に合わせた声かけをすることでその人らしく安心してもらえる関係を築けるようにしている。	利用者個々に合った呼び方で、適切な声掛けをしている。職員は、利用者の自己決定を最重要視し、物事の決定時は本人の意思を尊重した対応を心掛けている。衣類選びや好みの飲み物等、日常的に本人が選択できる様配慮している。	
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	入浴時の洋服選びや、好きなおやつと一緒に買いにいくなど身近なところから自己決定してもらえよう支援している。		
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、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	レクリエーション等余暇時間は強制せず参加したい人だけで行うことで、ひとりひとりのペースを大切にしている。		
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	散髪は本人・家族の希望に沿い時期を決めたり、髪型は美容師に自身で伝えてもらっている。毎日の洋服も本人と一緒に選びおしゃれできるよう支援している。		
40	(19)	○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	買物・調理・片付け等出来る事は一緒にやっている。	職員がメニューを作り、食材購入には利用者も一緒に出かけている。菜園で採れた野菜や、地域住民から届く野菜も取り入れ手作りしている。職員も一緒に同じテーブルで食している。食後は利用者自ら台所で、お茶碗洗いやテーブル拭き等を日課にしている。メニューの掲示はされていない。	利用者に白板等にメニューを書いてもらってはいかがか。
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	年2回法人内の管理栄養士によるカロリーチェックを受けている他、1日の食事量や水分量・毎月の体重測定を記録に残し、個々の状態把握を行っている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
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	毎食後に口腔ケアを行い昼食後には重曹水にて舌のケアも行っている。個々に応じたケアができるよう支援している。毎月1回歯科医による往診、歯科衛生士の口腔ケアを受けている。		
43	(20)	○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	支援が必要な方の排泄パターンを把握しトイレ誘導を行っている。紙パンツの使用を好まれない方は布パンツを使用し定時の声かけに加え失禁があった場合さりげない声かけで更衣してもらい清潔を保っている。	バルーンカテーテル使用者で立位が取れない一人を除き、全員がトイレで排泄している。言葉で表せない利用者に、排泄の様子があればさり気なく耳元で声を掛け、意思を確認し誘導している。意思を示さない利用者は排泄チェック表に沿って誘導している。	
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	水分量の把握、水分内容(牛乳等)の工夫を行ったり、便秘時の運動効果について本人に説明する事で自ら運動する事にも繋がっている。また、毎朝ラジオ体操も行っている。		
45	(21)	○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	現在週2回入浴してもらっている。可能な限り個々の希望に沿えるよう対応している。入浴拒否があった場合は日を変えるようにしている。	週に2回の入浴日を設定しているが、希望や状況により柔軟な対応をしている。自宅での生活の延長を意識し、午後3時以降に入浴をしている。立位が取れず、浴槽に浸かれない利用者は、デイサービスの機械浴を利用している。	
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	部屋で過ごしたい時は過ごしてもらい、昼寝や夜の就寝時間も決めず健康に影響が及ばない程度に本人に任せている。		
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	個人記録にて服薬内容の確認はいつでもできる。また、服薬が新しくなる場合や量が変わる場合は療養記録に記録し共有している。		
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	園芸・塗り絵・カルタ等好きな時間にもっている。		

自己	三者	項目	自己評価	第三者評価	
			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
49	(22)	○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	外出行事や個別外出で外出先の希望を聞き、可能な範囲で外出している。毎年のお花見やバス旅行は家族も参加されている。	年間行事以外にも、希望に応じ事業所周辺を散歩したり、紅葉見学やドライブ、食材や日用品の買い物等、日常的に外出の機会が多い。年末年始やお盆に、家族の家に外泊する等、個別に外出する利用者もある。玄関は施錠せず常に開放状態であり、外出希望がある利用者には要望に応じ、職員と一緒に掛けている。	
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	預り金の管理は施設で行っている。必要な物の買物は家族の確認後その中から買っている。		
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	希望があった時は電話の取り次ぎをしたり、手紙を送れるように支援している。		
52	(23)	○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	温度・湿度の管理は職員本位にならないよう入居者に確認している。また入居者と作成した季節の掲示物を掲示することで、季節を感じてもらっている。	玄関は開放され、広い廊下はデイサービスに繋がりに自由に行き来できる。リビングは大きな窓で明るく、目の前は田園風景と地域の家々が並ぶ自然豊かな環境である。鉢植えの植物がリビングや廊下の棚に置かれ、落ち着いた雰囲気がある。利用者は、リビングや廊下のソファで思い思いにくつろいでいる。	
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	食堂の席のほかにもベンチを設置したり、居室棟にもソファを設置し、好きな空間で過ごせるよう工夫している。		
54	(24)	○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	カーテン・ベッド以外は使い慣れたものなどを自宅から持ってきてもらっている。仏壇代わりの物やテレビを持って来られている方もいる。	居室入り口は職員手作りの色や絵柄が違うステンドグラス風の表札が掲げられている。事業所設置の物以外は家族写真やテレビ、過去帳等がそれぞれ置かれている。利用者の手作りの品や誕生日カードが壁に貼られ、居室は個性的であり清掃も行き届いている。	
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	居室・浴室・トイレは名前を掲示し、分かりやすくしている。また居室や座席の配置は本人の歩行力や夜間のトイレ回数等考慮して決めている。		

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	4	運営推進会議の議事録を家族に送付できていない。	運営推進会議の議事録を家族に送付し、運営を理解してもらい、会議に出席してもらう。	運営推進会議の議事録を家族に送付する。	12ヶ月
2	35	災害訓練に家族の参加がない。	災害訓練に家族も参加してもらう。	事業所での災害に対する取り組みを家族に理解してもらう機会をつくる。	12ヶ月
3					月
4					月
5					月