

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	2590300097		
法人名	社会福祉法人 さざなみ会		
事業所名	グループホーム姉川の里		
所在地	滋賀県長浜市大井町973番地2		
自己評価作成日	平成28年4月1日	評価結果市町村受理日	平成28年6月6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 平和堂2階		
訪問調査日	平成28年5月19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)】

地域密着型の事業所として、地域・家族の方々への開かれた事業所作りを大切にし、地域交流スペースでの認知症カフェや介護よろず相談所を実施し、地域との交流の機会づくりに努めている。認知症対応型事業所として、認知症になっても安心・安全に暮らしていけるように、職員に対しての認知症ケアに関する専門性を高める研修に力を入れている。また、家庭的な雰囲気をお大切にするとともに、今後の益々の高齢化や介護度の重度化に対して、家族・本人の要望・思いを尊重した個別の支援を大切にし、病気や怪我等による本人の状態変化の際には、グループホームでの生活が継続できるよう主治医との連携を密にとり、柔軟に対応できるようにしている。

【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)】

住宅街一角の自然豊かな環境に、特別養護老人ホーム、ケアセンターを併設する事業所である。法人の基本理念に基づき、毎年全職員が参加して事業所の運営方針を作成し、日常ケアに活かしている。運営方針で「残存能力の活用、地域住民との交流」を掲げ、利用者は中庭で花や野菜を育て、食材の買出し、準備、配膳から後片付けまで参加しての楽しい食事を支援している。定期的開催する「姉川の里よろず介護カフェ」、2カ月に1度の地域ボランティアの来所、地元文化祭への参加など、地域住民と積極的に交流している。運営推進会議には、市関係職員、家族代表等が参加して、各種の相談や報告を行い、事業所見学も実施し、事業所の運営に活かしている。職員は利用者の生活能力の維持改善、精神面の活性化や安定化に取り組み、心の通ったケアが利用者の笑顔に表れている。

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. 利用者の2/3くらいの 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)	○ 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	毎朝、朝礼時に、職員全員で唱和している。また、利用者家族の方への理解や、職員の再確認のために、事務所やフロア等の目につく場所に理念や目標を掲示している。	法人の基本理念、全職員参加で作成した事業所運営方針を玄関、居間に掲示し、全職員が朝礼などで唱和・確認し、地域との連携、職務の取組に織り込み実践に活かしている。	
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	地域の方による月に1、2回の傾聴ボランティアや、地域の方にも参加して頂ける秋祭り行事、年末もちつき行事などを実施し、地域と事業所との定期的な交流の機会を設けている。	「姉川の里介護カフェ」を年7回開催し地域住民と交流し、2か月に1回地元ボランティアが来所しゲーム・歌、おしゃべりを楽しんでいる、また自治会に加入し文化祭の作品出展、地域防災訓練等に参加している。	
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	地域自治体・老人会・民生委員の方々に対して、出張出前講座を行い、介護保険サービスや施設の役割、認知症について等の説明会・講義を行っている。また希望に応じて、今後も随時行っていく予定である。		
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	介護支援専門員、介護主任が毎回会議に参加することで、活動報告や利用者状況をより詳しく伝えることができ、意見交換や話し合いを直接行うことで、サービス向上により生かしやすいよう努めている。	嘱託医、自治会長、老人会会長、民生委員、家族代表、市関係職員が参加し2ヶ月に1度開催している。行事・活動報告、事故報告、介護カフェ、避難訓練等の報告を行い、外部評価の報告・課題協議も行っている。	
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	運営推進会議の際に、報告や相談を行い、また、市町村主催の研修・会議等に参加し、連携づくりに努めている。	包括支援センターと連携し、介護カフェ開催など地域包括ケアシステムを協議し、具体策を策定、実践している。また地元高校生就業体験を受入れ、市介護保険課に介護・災害対策等を相談している。	
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	身体拘束委員会の設置や身体拘束に関する職員への研修を行っている。また、身体拘束ゼロ運動に取り組み、具体的な行為を学んだり、自己のケアを振り返り、拘束しないケアを行っている。	身体拘束禁止に関する外部研修に参加し全職員参加の報告・研修会を開催している。職員は自由の拘束は異常であると認識し、日常ケアに活かし、本人、家族にも拘束に関する情報を提供している。玄関は夜間以外施錠せず、徘徊時の地域連絡体制も整えている。	
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	高齢者虐待防止に関する研修を行い、虐待にあたる行為・あたらない行為を理解し、防止に努めている。		

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
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	成年後見人制度に関しては、外部研修への参加や、伝達研修実施し、学ぶ機会を設けている。権利擁護に関する研修は、不十分であり、今後学ぶ機会を設ける必要がある。		
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	利用者本人や家族の方への必要事項の説明を詳しく行い、納得いただいた上で、了承の確認を十分にとり契約を交わしている。		
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	利用者家族や主契約者となる方が、面会時及び定期的なカンファレンスにおいて意見・要望を言うことのできる機会をつくり、それを運営につなげている。	家族参加の定期的なカンフェレンスや家族来訪時の意見・要望は業務日誌に記載し、朝礼時の報告、職員会議等で協議している。家族の希望で、刻み食に変更したり、箸からスプーンに変更した事例がある。	
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	毎月主任会議にて各部署の主任・管理者等が集まり、職員の意見を聞く機会を設けている。また、職員希望時やそれ以外にも、定期的に個別の職員との面談を行い、意見や提案を聞く場を設けている。	管理者は日常ケアの中でのコミュニケーション円滑化を心掛け、ケース記録や朝礼等で職員の意見・要望を聞き、職員会議で討議している。職員提案で、日曜日の入浴実施や職員担当業務の見直し事例がある。	
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	管理者として、定期的な面談等も通して、職員の個々の仕事における実績・勤務状況を把握し、やりがいにつながるよう職場環境改善の提案を、代表者に伝えている。		
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	職員のスキルアップやキャリアアップにつながる年間の研修計画を立て、それに沿って研修を行ったり、また職員自ら進んで研修を受けることができるように、研修案内の掲示・回覧等を常に行っている。		
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	地域のグループホーム部会において、ネットワークづくりのための職員の交流・合同研修等の活動を行っている。		

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
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	利用契約前に本人に事業所へ見学へ来てもらうよう努め、利用者家族や本人に要望・希望などを聞き、安心できる関係づくりを目指し、生活に馴染めるように工夫している。		
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	初期段階での、1ヵ月、3ヶ月、6ヶ月目までは特に家族の方と密に連絡を取り合い、本人が不安や混乱がなく生活できることを第一に考え、一時帰宅も考慮し、柔軟に対応している。		
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	管理者、ケアマネージャー、グループホーム主任と話し合い重ね、本人がグループホームでの生活を続けていく為に必要な支援とサービスを検討する機会を作っている。		
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	食事づくりや掃除等、共に生活する上で必要な作業を一緒に行い、役割作りを心掛け、“お互い様”の支え合いの精神での暮らしづくりをしている。		
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	認知症への理解や対応方法について家族へわかりやすく伝え、本人が落ち着いて生活されている場合には、自宅で家族と過ごせるよう提案や家族との外出支援も行い、家族と協力し利用者と家族が過ごす時間を増やすように心がけている。		
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	今までの知人・友人・地域の方々との関係が続けられるように、来所しやすい開かれた事業所作りを目指し、地域交流スペースを開放し、認知症カフェ等も行っている。	全職員がフェイスシートで本人の馴染みの人・場を確認し、友人の来訪や馴染みの店での買い物や美容院の利用等を支援している。また姉川の里介護カフェでの交流や、近隣の人からの野菜やお花の差し入れも多い。	
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	リビング等の共同生活空間での座席位置の考慮や、活動時の参加を促す際に職員が間に入りコミュニケーション支援を行い、孤立しない共同生活の場をつくるようにしている。		

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	契約終了後も、家族相談や本人の生活の場における情報提供、フォローを行い、よりよいサービスへつながるよう支援するため、ケアマネージャー間での連携づくりに力を入れている。		
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	カンファレンスや各担当者会議において、本人や家族の思い・気持ちを聞けるように同席してもらうことを基本とし、ケアプランやモニタリングの作成、介護サービスに役立てている。	本人への基本姿勢として「傾聴、受容、共感」を大切にし、フェイスシートの読込、本人との会話・仕草、行動を通して思いの把握に努めている。得た情報は業務日誌に記録し、把握困難な時は家族に相談している。	
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	本人の今までの暮らしの生活歴や生活習慣を中心にして、落ち着ける居室づくりや馴染みある生活必需品の中での暮らしの基本作りを心掛けている。		
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	初期の段階も含め、本人の24時間の生活スケジュールの聞きとりを十分に行い、今の暮らしの支援が本人に合っているのかどうか必ずカンファレンス会議においてその都度確認している。		
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	利用者の各担当職員とのモニタリング、ケアマネと合同のカンファレンス、本人と家族を含めた話し合いを行い、その結果のケアプランを職員会議で検討し、経過についての話し合いを行う場を設けている。	個別援助記録を活用し3ヶ月に一度介護関係者でモニタリングを行い、本人、家族、医師、看護師の情報を基に3ヶ月毎にケアマネージャーが介護計画を作成、家族に承認印を得ている。状態変化時は都度対応している。	
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	24時間を通して、個別の記録をとることにより、気づきやケアプランの作成に活用し、職員会議のなかで記録方法等の見直しを検討し、よりよい形式になるように検討している。		
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	本人や家族の状況・環境により、今後の想定できる変化や対応に関してより柔軟な支援を行うために、施設内部での職員会議だけでなく、運営推進会議等の外部の方々との話し合いも重要視し、それをもとに検討を行っている。		

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	本人の地域行事への参加を支援し、また自治会や地域老人会、地域ボランティアの方々への働きかけを行うことにより、本人が地域での関わりをもてる機会を作る提案をしている。		
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	本人や家族が今までのかかりつけ医との関係を大切に、つながりを継続していけるように医療面での連携の支援を行っている。	本人の希望に応じた対応をを基本としている。入居者全員が毎月1回協力医の往診を受け、入居者の3～4名はかかりつけ医の受診も継続している。職員付き添いの場合は受診結果を家族に電話している。	
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	利用者の体調や気づきを記入するための看護職員への連絡帳を作り、看護職員との連携に活用し、また月に1回の定期往診・定期受診日には看護職員と家族が連絡を取り合い、適切な医療を受けられるよう支援している。		
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。	管理者、ケアマネージャー、看護職員が連携し、病院での退院カンファレンスに参加、情報交換や相談を実施し、事業所の主治医との連携も行っている。		
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	本人の状態が重度化や終末期に向かった場合、家族との相談や説明を定期的に行い、対応に関して必ず十分な合意と理解を得た上で、生活支援からターミナルケアへ移行していく方針である。	入居後の早い時期に、事業所の「重度化した場合の対応に係る指針」を本人・家族に説明し、本人・家族の署名を得ている。事業所は医療連携体制加算を採り入れ、支援体制を整えている。なお事業所方針では看取り体制を整えているが、看取り事例はない。	
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	初期対応におけるマニュアルを作成している。看護職員、管理者へのオンコール体制をとっており、急変時やその他の場合には慌てることなく迅速な対応ができるよう努めている。マニュアルは、定期的に見直し、現状に適した変更をしている。		
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	年に2回、防災訓練を行い、その内1回は、地域との合同訓練を実施している。	年2回昼夜間想定避難訓練を実施している。内1回は消防署立会の避難訓練を行い、内1回は、事業所内避難訓練に地域の参加を得ている。地域水害訓練に参加し、3日分の非常食を保管している。	

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
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	人権研修を年1回は行い、身体拘束防止委員会では、言葉による拘束となる「スピーチロック」を学び、職員同士で言葉かけに気を付け、確認する機会を設けている。	市介護保険課による事業所内人権研修や外部人権研修に参加し、報告書を全職員に回覧している。職員は利用者を人生の先輩として尊敬し、日常ケアに取り組んでいる。個人情報事務所ロッカーに施錠保管している。	
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	支援方法の柱として、本人の意志決定を尊重するため、本人の発言・意思表示を第一として、話しやすい場所づくり、本人同席でのカンファレンス行い、自己決定できる環境づくりを行っている。		
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	本人の24時間の生活支援において、習慣や生活リズムを把握し、今までの本人のペースで生活できるように検討し、それに沿った支援をす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	外出時や自宅へ帰られる時等、本人の希望時には、希望される服装、適した服装となるよう支援し、身だしなみを整えて気持ち良く過ごせるよう対応している。		
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	食事作りにおいて、利用者の方にも可能な限り役割をもって職員と共に準備・盛り付け・後片付けを行い、本人が自分で食べられる工夫や食事形態の検討を行い、支援している。	食事メニューは本人の希望や好みを探り入れ3食共事業所内で調理し、職員と一緒に食事を楽しんでいる。本人の能力に応じて刻み食、とろみ等を探り入れ、職員と食材の準備、配膳、後片付け等に参加している。	
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	栄養や水分に関して、かかりつけ医や事業所の連携医師に相談し、本人に無理のない食事形態・食事量での健康維持を目指し支援している。		
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	利用者一人一人に合った口腔ケア支援を基本とし、毎食後の口腔ケアを欠かさず、清潔保持することにより、肺炎や病気の悪化を防ぎ、いつまでも自分で食べることができるよう支援している。		

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
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	利用直後より、尿量・回数パターンの記録をつけ、早期に把握し、本人の習慣を重視した、自力・自立を目指して取り組みを行っている。おむつ使用は、最低限になるよう、支援方法の検討を常に行っている。	本人の排泄パターンや排泄時間を記録し、個々のサインを見守りながらさりげなく声掛けしトイレ誘導に努めている。入居して夜間以外はおむつからトイレ使用に改善した事例がある。	
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	排便チェックシートにより、便秘に関する情報をしっかり確認し、看護職員と連携しながら、より下剤に頼らない自力排便を第一に考え、支援している。		
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	気持ちよく入浴してもらえるように本人の希望を最優先し、できる限り日にち、時間帯を調整し、個別で支援している。	希望者は毎日20j時まで入浴が可能で、週3～5日入浴している。入浴できない場合はシャワー浴や清拭を行っている。リフト浴も可能で、浴室はバリアフリーで使用の都度水洗いし清潔である。	
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	入眠前、安眠のために安心した精神状態になるように、居室の空間環境と空調を検討し、安眠による体調安定にもつなげていく。		
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	利用者の現在の状態と服薬があっているか、日常生活の中で観察・記録し、本人の変化等にいち早く気づけるように、かかりつけ医と連携・連絡し、看護職員・介護職員が協働し、支援をしている。		
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	本人の生活の楽しみや入居前の趣味や生きがい等につながるアセスメントを行い、嗜好品や外出等の楽しみにつながる気分転換するための支援も積極的に行っている。		
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	家族と外出の場合には、家族の方が不安なく本人と外出できるように支援を行い、地域の方々との交流の場においては、本人のみでの外出が難しいところには、付き添い支援を行っている。	車いす利用者が多くなり、外出機会を1日1回を2回とすることで、外出の機会を増やし、事業所周辺や寺などに出掛けている。季節毎に花見に出かけ、祭りなどの地域行事に参加している。園内での日光浴、短時間の散歩は業務日誌に記載していない。	本人の能力に応じた外出方法を考え、ベランダや中庭での日光浴やお茶会、近隣の散歩回数を更に増やし、これらの外出内容を業務日誌に記載し、積極的に取り組んで欲しい。

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
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	預り金以外に関しては、家族の方に了承を得たうえで、本人が不安にならないようお金を持つ権利を擁護し、希望時には買い物等に付き添い、安心してお金を使えるよう支援をしている。		
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	本人が希望されるときには、できる限り家族等へ電話や連絡をとれるよう支援し、不安なく生活できるように、全職員が対応できる体制を作っている。		
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	認知症の方が利用される場合を想定し、混乱や危険がなく安全に利用できることを第一として、常に職員会議でも話し合い、安全な空間を作っている。	居間は明るく、空調設備、換気装置を備え、室温調整や換気に努めている。室内は毎日掃除・水拭きし安全、清潔な空間としている。季節の花を飾り、大きなガラス窓から外の風景がよく見え寛いで過ごしている。車椅子で中まで入れるトイレは、広く清潔である。	
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	限られたスペースの中で、ものや人の配置・場所を変更したり、一人一人が気に入った場所と空間で過ごせるよう工夫している。		
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	本人にとって居心地よく、安眠できる居室となるよう、好みのものや使い慣れたものを持ち込んでもらい、過ごしやすい工夫をしている。	居室には馴染みの家具、小道具、写真等を持ち込み、窓から陽光が差し込み過ごし易い空間である。毎日の水拭き清掃、ベッド柵への布製カバー取付け、夜間は2時間毎の巡回を行い事故防止、安全確保に努めている。	
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	本人が一人でもなるべく移動ができるよう、必要なところに手すりやその他安全スペースを確保し、車椅子で自走のしやすい空間にも気を付けて環境づくりを行っている。		

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	15, 21	・利用者同士の関わり合い・支え合いが一部不十分であり、孤立しがちな利用者への対応をどうするか ・多様な認知症状への理解が不十分な面があり、利用者への対応をどうするか悩むことが多い	認知症の利用者同士が安心して生活を送れるように信頼関係を築きながら寄り添い支援していく。	・認知症ケアの専門性を高めるため、職員会議後に、認知症に関する伝達研修・勉強会に力を入れる。 ・各利用者の興味のあることへの把握に努め、それに伴い、職員はレクリエーション研修の参加・実施を行う。	12ヶ月
2	26, 27	・周知や申し送りが不十分であり、職員一人一人の利用者に対する対応の統一ができていない。	「知らなかった」「聞いていなかった」等がないように、職員間での連絡・伝達をしっかりと行い、チーム連携と介護ケアの統一を図る	・職員間での毎日の挨拶・伝達を確実に行う。 ・申し送りの時間を十分にとる。 ・職員会議の内容の充実を図る。 ・会議や申し送りでの気づきや考察を漏れなく記入するとともに、担当職員への口頭伝達を行う。	3ヶ月
3	18, 36	・利用者の方が毎日の生活の中での役割を持てたり、喜びにつながる生活・暮らしの提供・支援が不十分である。	・利用者一人一人が役割を持ち、お互いが認め合い、尊重できる関係づくりを行う。	・相手を尊重し、言葉遣いに気を付ける。 ・その方ができることを考え把握し、それが続けられるように支援を行う。	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。