

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28年2月19日	評価結果市町村受理日	平成28年3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番地 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成28年3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)】

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
もって対応している。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
津市主催の認知症カフェ2回開催し、地域サロン”さくらんぼサロン”も2回開催して地域との交流を
図っている。

【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)】

大津市南部の大石地区の閑静な住宅街に立地する事業所である。3ヶ所の小規模多機能型居宅介護
事業所をはじめディサービス・訪問看護ステーション・訪問看護等、医療法人の歯科医院が運営する介
護事業所の一つである。理事長の専門である口腔衛生管理が、高齢者につきものの誤嚥防止と共に健
康管理に役立つとの考えのもと介護の一環に取り入れて注力していることが特徴である。大津市が主
催するオレンジカフェ(認知症の家族をバックアップする活動)等を共催し、家族をはじめ地域高齢者へ
の認知症に関する啓発活動と地域交流に役立っている。理事長、管理者は先頭に現場に立ち、介護さ
れる人の立場になって介護にあたることをモットーにしている。利用者と職員は家族的な雰囲気の中で
過ごしており、利用者の表情も穏やかで落ち着きがみられる。

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、活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「いつもの人いつもの街で、穏やかに暮らす」である。理念を入口に掲示している。利用者、職員にわかりやすいところに理念を掲示している。	理念とその解説版を玄関に掲示し、毎朝各自読み意識するよう習慣づけている。理念の実践に関しては、特にケアの変更をするときなどに、理念の精神が生かされているかどうかを照合するよう努めている。	
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、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。	自治会行事への参加を通して地域との交流を深めるよう努めている。オレンジカフェの運営に際し会場の提供や認知症講座の講師をするなど、認知症についての理解を深めるよう地域活動をしている。	
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	大津市主催の認知症カフェや地域サロン「さくらんぼサロン」を開催して地域住民が参加してくれている。	/	/
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	運営推進会議では、利用者の状況を報告するとともに、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。地域住民を巻き込んだ防災訓練を話し合っている。	自治会役員、地域包括職員と家族代表等のメンバーで、隔月開催している。生活状況の話題や、外部評価での指摘課題の説明や、防災関連での地域住民の協力を得るための方策の協議等幅広く話し合っている。	
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取り組んでいる	課題があれば地域包括支援センターと連携をとり、相談や報告をしている。認知症カフェを定期開催して介護相談を受けたり、認知症の方と普通に触れ合う機会を作っている。	市が主催するオレンジカフェ(認知症カフェ)の共催関係にあり、市の介護保険課や南包括支援センターとは緊密な関係を築いている。	
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職員に伝達して身体拘束をしないケアの重要性を周知徹底している。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できる。ボタンを押すことができる利用者は自分で開けて散歩や買い物に出かけている。	身体拘束禁止については、研修以外にも日常の打ち合わせの中でも都度取り上げ理解を深めるように努めている。ベッドの安全柵などは、最低限の範囲で使用することはあるが、都度家族の了解を得ている。防犯のため夜間は玄関口を施錠している。	
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	集団指導等の内容を職員に伝達して、虐待防止の重要性の周知徹底をしている。法人の医療安全管理委員会で定期的に報告し、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	伝達研修でスタッフも学ぶ機会を作っている。現入居者で成年後見制度を利用されている方がいて、どのようなかわりを持ってもらっているか事例から学んでいる。		
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	契約にあたっては、事前見学を含めて、時間をとって説明している。緊急性のあるときは家族の都合に合わせて訪問している。		
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	面会簿にご意見を記入する欄がある。ご本人の変化に合わせてご家族に連絡し、家族の意向を確認している。昨年度が家族会を開催できなかった。来年度は大きな行事に合わせて家族に集まってもらい、ご家族の意見を聞いていく。	運営推進会議の席上での意見聴取以外に、その他の家族とは、介護計画変更時等の事業所での面談等で意向聴取をするように努めている。緊急時は電話での意見交換をしている。	
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	月1回ワーカー会議を開催して、職員の意見や提案を聞く機会を作って運営の見直しを行っている。	定例の会議以外に、日常のケア協議会等職員と管理職や経営者との会話の機会も多く風通しはよい。居室担当制をとっており、利用者個々の事情に応じたケアについての意見は管理者とも協議し直ちに実施できている。	
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	職員一人ひとりの課題分析を行い、必要な研修の情報提供を行ったり、代表者が定期的に研修を行っている。		
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い、担当介護支援専門員から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	介護する側、される側の関係が消えるように、本人にできることをやってもらいながら、“本人が生きている”という実感をもってもらえるように職員が黒子になって入居者間の良好な関係を作っていけるような援助を目指している。		
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。本人の生活状況を家族に随時伝えながら、病院受診の付き添いをお願いしたり、行事への参加の声掛けを行っている。		
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	家族からの申し出がない限り、知人などの面会も制限していない。	友人等の来訪は少なくなってきたが、馴染みの理髪店への訪問や、月次祭への参加、グランドゴルフへの参加等の個々の要望に応じて支援している。思い出深い歌などで昔を偲んでもらうこともある。	
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	変化していく利用者の現状に合わせて、利用者同士が良好な関係を継続できるように、配席に心を砕いたり、怒りを笑いに変換できるような職員の介入を心掛けている。		

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
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、訪室してなおかつ看護師に病状を確認している。		
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がにじみ出てくるような言葉がけを心掛けている。	思いの表現が困難な場合には、ゆっくりと向き合った傾聴に注力している。繰り返し忍耐強く聞き出すか窺い知る努力を続けている。専断制を採ることですこしづつながら、理解度(把握度合)が上がってきている事例がある。	
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	家族から生活歴や性格を聞き取り、前介護支援専門員から介護経過を聞き取り、生活の変化を最小限にとどめて環境の変化にたいする不安の除去を心掛けている。		
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	決められた日課は作らず、一人ひとりの心身の状態の変化に合わせて本人の気持ちが動くような対応を心掛けている。		
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含めて、無理のない介護計画を策定している。	月に1回程度のモニタリングやカンファレンスをして介護日誌に記録している。その結果を集約して、6ヶ月毎に介護計画を更新し、家族の承認を受けている。	毎月のモニタリングやカンファレンスの結果を記録し、変化がなくとも3ヶ月毎の計画更新を望みたい。
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、利用者の言葉や行動、それに対する職員の対応、思ったことを記録し、本人の姿が思い浮かぶような記録を心掛けている。		
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、その時々にも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	必要に応じて大きな病院への受診の同行を家族とともにいたり、主治医にお手紙を書いて家族の知らない日常生活状況を主治医に伝えたりしている。		

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。必要に応じて介護タクシーの手配を行っている。		
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。家族のみが付き添い受診する場合は、心身の状況、生活状況を主治医に文書で伝えている。	1人以外は月1回の協力医による往診を受けている。従来のかかりつけ医での受診は原則家族の送迎となるが、その際事業所での生活記録を家族が持参する等支援している。訪問看護師は毎週回診し健康管理をしている。	
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、介護職が管理者や看護師に報告して必要な指示を受けている。管理者が介護職も兼務しているため、常に利用者の変化に対応できるように情報を共有している。		
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、随時面会や洗濯物の回収を行っている。家族の同意のもと、地域連携室、病棟看護師と連絡を取り、状態の把握に努め、退院時カンファレンスの開催も依頼している。必要に応じて主治医と面談している。		
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家族に説明している。重度化した場合には、その都度家族と主治医と話し合い、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行っている。	入居時に「重度化した場合における対応に関する指針」を交わし、さらに「急変時の治療についての意思確認書」で延命治療等の終末期対応方針について確認書を作成している。その後の変化に対応しても、都度意思確認している。	
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	普通救命救急講習を受講できるようにし、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	防災訓練は年2回実施するように計画を立て、水害に対して、地域の施設と連携を図るようにしている。 運営推進会議で地域住民の防災訓練への参加を呼び掛けている。	年間2回の訓練を計画し、通報、避難誘導、初期消火を消防署の指導のもと実施している。事業所は2階にあるが、隣接する歯科医院の2階へ渡り廊下経由で一時避難場所としている。避難の際近隣の協力体制が未確立である。	夜間想定訓練と、地域住民の協力体制を構築してほしい。

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ことは利用者に話さないようにしている。記録等は詰め所で鍵のかかる引き出しに保管している。	トイレへの誘導や失敗の際の支援など、自尊心や羞恥心等に配慮して声かけしている。利用者の立場に立ち、やって欲しくないことはしないようにするなどを判断基準としている。	
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て、言葉だけではなく、表情や介護者の対応に対する反応を見ながら、“本人が望んでいることは何なのか”を探る姿勢をもって対応することを心掛けている。		
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	職員側の決まりごととはできるだけ少なくしている。食事の時間や場所、入浴の時間など本人の希望やその時の状況に合わせて対応するようにしている。		
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	着るものの選択は利用者の能力に合わせて対応するように心掛けている。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	食が進まない利用者と職員と一緒に食べたり、介助が必要な利用者には利用者の状態に合わせた介助を心掛けている。後片付けを利用者に手伝ってもらうことがある。	栄養管理されたレシピと食材で職員が調理している。全介助や介護調理食等支援の必要な利用者は3~4人いる。オレンジカフェの開催時には地域から参加する外部の人と一緒に食事を楽しんでいる。	
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様々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、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、口腔ケアの声掛け、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、随時見直しを行っている。尿便意が不確かな方は排泄パターンを把握してトイレ誘導している。	自主的に排泄できる人は4人程度いる。自立排泄が不自由な利用者には、おむつ・リハビリパンツ等適宜使用しており、排泄パターンを把握して、利用者の尊厳に配慮しつつトイレ誘導し、失敗しないように支援している。	
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ことができず、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ず、個々にそった支援をしている	午前午後の時間帯の入浴対応をしている。車いすの方も個別対応している。夜間の入浴対応はできていない。	週に2回入浴している。車椅子で入浴するケースもある。入浴拒否の場合、気持ちが変わらなければ翌日にしたり、シャワーや足湯で代替するなど柔軟に対応して、気分転換や清潔維持ができるよう支援している。	週3回の入浴を目指して欲しい。
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	午睡は自由にとってもらっている。本人の希望により居間で休みたい(居室では寂しい。)場合は、居間で休んでもらっている。		
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	処方されている薬の薬状書をいつでも見れるようにファイリングしている。臨時処方日は日報に記録し申し送っている。薬が変更になったときは、本人の変化を必ず記録するように職員間で周知徹底している。		
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	認知症カフェやさくらんぼサロンの臨床美術や音楽療法に参加してもらっている。		
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	希望やその時の状況により近所のスーパーへの買い物や、近隣の散歩に出かけている。	交通量の比較的少ない閑静な住宅街にあり、穏やかな気候の時は周辺の公園等への散歩が、地域の方との触合いの機会になっている。花見時等には全員参加のドライブをしている。オレンジカフェ等地域の来訪者との接触で、気分転換の場も提供できている。	

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	お小遣いをもっていないと落ち着かない利用者には、家族からお金を預かって、本人希望時一緒に買い物したり、希望の品を職員が買ってきたりしている。		
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	家族の生活状況を把握して、本人希望時家族に電話をかけている。		
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。 廊下には臨床美術の作品を飾っている。	居室・和室ゾーン・調理室・浴室等が中心の居間を取り囲んで配置されており、利用者同士や職員とも互いの顔を合わせができることや声の届く距離にある。壁面には臨床美術の作品や写真の展示をしている。トイレや浴室は清潔に保っている。	
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	利用者の状態が重度化して、相互訪問することはない。		
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	使い慣れた家具を持ち込んでもらったり、利用者の心身状態に合わせて仏壇を持ち込んでもらったりしている。	和室と洋室があり、事業所のベッドを使用している。収納ケースやテレビや仏壇等、馴染みの家具類を持ち込み、利用者の好みそのままに居心地よい環境づくりをしている。	
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。出入り口には(二か所)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	26	毎月のモニタリングやカンファレンス結果を記録し、変化がなくとも3ヶ月毎の計画更新を望みたい。	毎月一回のワーカー会議でモニタリング、カンファレンス結果を確認し、3ヶ月毎の計画更新ができるように努力する。	①モニタリング、カンファレンス記録を計画と一緒にファイリングする。 ②計画更新のチェックシートを作る。	3ヶ月
2	35	夜間想定防災訓練と、地域住民の協力体制を構築してほしい。	次回の防災訓練を夜間想定で計画する。	①地域住民との防災協定に基づいて訓練時の協力体制を確認する。 ②運営推進会議、オレンジ倶楽部カフェ等で訓練への住民参加を呼びかける。	3ヶ月
3	45	週3回の入浴を目指してほしい。	利用者の身体、精神状況に合わせて、入浴回数増を目指す。	週3回入浴にこだわらず、利用者の特性に合わせた入浴計画を立てる。	3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。