

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	2590400145		
法人名	医療法人正志会		
事業所名	グループホームちとせ		
所在地	滋賀県近江八幡市長命寺町37-1		
自己評価作成日	平成25年6月26日	評価結果市町村受理日	平成25年9月3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 平和堂和邇店2階		
訪問調査日	平成25年8月8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)】

<ol style="list-style-type: none"> 1.医療法人で透析患者やインスリン注射の方の入居もでき、医療面でのケアが可能である。 2.1Fに診療所が併設しているので、診察が必要な方は診てもらえる。 3.同法人の施設との協力体制が整っており、お互いに交流できる。 4.感染予防、事故防止、苦情対策委員会を設置して勉強会を定期的に行っている。 5.琵琶湖に面しており、フロアからの眺めも良く、近くには長命寺があるなど環境も静かである。

【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)】

<p>昨年12月1日設立したグループホームで、行政の要請を受けて診療所開設と同時に開設した事業所である。長命寺港に面して静かな眺望に恵まれたロケーションで、利用者は季節の良い時には散歩を楽しんでいる。利用者は昼食時にティッシュペーパーを取るのに苦労しているのを見た隣の仲間がさっと気づかって手渡すとお礼の言葉が返る等、話し方も丁寧で職員と利用者も含めて、優しい言葉がけが行き交っている。朝のひと時女性4名は新聞広告を利用した手作りの折箱を作り、男性はテレビの野球中継を見たり、転倒防止体操や食前には皆で揃って嚙下体操をして過ごしている。1階が同一法人経営の診療所であることは、利用者や家族にとって大きな安心となっている。</p>
--

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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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	○	<ol style="list-style-type: none"> 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)	○	<ol style="list-style-type: none"> 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	ミーティングでは日常的にケアについて話し合い、グループホームの意義について理解し共有して行けるように努めている。	理念の一つに「なじみの暮らしを続けられるよう地域ぐるみのかかわりを」と謳っている。個人ケア情報を書き込むカードデックスの裏表紙に大きく貼り付け記入の都度目に入るようにして共有に努め、玄関にも掲示している。	
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人として日常的に交流している	近くの神社や公園に散歩に行き、地域の方との交流の機会を設けている。また、地域の理容店、薬局を利用したり買い物へも出かけている。	地域コミュニティセンターの支援により、地域イベントに参加できるようになった。町内会の清掃には職員が参加している。広報誌「ちとせ新聞」を毎月地域自治会を通して600世帯に配布している。	
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	地域のコミュニティセンターの方やサロンの方と協力して地域の要望を取り入れたり、活動に参加して行く予定である。		
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践、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	2ヶ月に1回、会議の場を持って取り組み内容を報告し、委員からも意見をいただいてサービス向上に繋げていきたい。入居者や家族にも参加をお願いしている。	1月から開始している。参加者は、行政、自治会、民生委員、コミセン、家族代表等各関係者で構成している。ホームの活動状況報告、自治会のイベント参加、事業所のボランティアや体験学習等討議している。	
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に取り組んでいる	市の介護相談員の方の受け入れを行い、連絡会を通して情報交換し、連携を図っている。	設立前から、届け出書類をはじめとして運営開始後も営業状況報告や相談をし、指導を受けてきている。介護相談員の支援を受けている。	
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	身体拘束をせずに行うケアについての勉強会を行っている。利用者主体の見守りを基本にしたケアの考え方を職員全体で共有し身体拘束しないケアに取り組んでいる。	職員会議での勉強会で身体拘束問題の研修を行って、利用者に抑圧感を与えない、見守りを基本にしたケアの考え方を全員が取り組んでいる。	
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	接遇についての勉強会や自己評価チェックを行い、高齢者虐待防止や高齢者の尊厳について職員全体が共通理解できるように取り組んでいる。		

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
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	各種の研修に於いて、制度やサービスについて学んでいる。事業所内でも勉強会をして、全員が理解できるようにして行きたい。		
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	面談や体験入所時に家族や本人の希望や不安を聞いている。契約時には、説明を行い、疑問点を確認している。		
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	意見箱を設置したり、事業所側からも利用者の生活全般について何かあれば連絡し、相談しながら家族の意向に沿えるように努めている。	利用者とは落ち着いた対話から、家族の要望は来訪時に聞き取るように努めている。前者ではカレーが食べたいなという発言から、自由メニューの日を実現し、後者では下剤の不使用の希望が出て対応している。	
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	毎月2回程度、ミーティングを行い、職員からの意見を聞き、運営や業務内容の改善についての意見交換の機会を設けている。	職員の意見や提案は適宜自由に出し合える。カレーを食べたいと言う利用者の声に応じる為日曜日の入浴を止める代わりに、利用者も含め全員で朝昼夜3食を作る「自由メニューの日」として活かそうという提案が実現した。	
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	職員全員が自己評価チェックを記入し、施設長や管理者が面談を行っている。面談で個々の要望や不満を聞く機会を作っている。		
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	研修費用は法人負担で、可能な限り職員に応じた研修を受けることができる。事業所内での勉強会を行っている。		
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	同法人の他施設の管理者等と連絡を取り組みや報告を取り合い、情報を交換している。		

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	事前に面接を行い、本人の生活状況を把握し、不安や思いを理解できるように努めている。また、安心して入居して頂くために希望者には体験入所を実施している。		
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	相談時に、これまでの家族の苦労や、困りごとや思いをしっかりと聞くように努めている。ご家族が求めているものを理解し、事業所では、どのような事に対応できるのかを話し合っている。		
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	本人や家族の意向や状況を確認し、何が必要とされているのかを考え、それに対して何ができるかを伝える。場合に依っては、他のサービスに繋げるなどの対応をしている。		
18		○本人と共に過ごしえあう関係 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	活動や感動を共有することで、思いを理解して支え合えるよう努めている。得意な事をしてもらい、日常の家事作業を利用者と職員共同で行い、お互いに助け合っている。		
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	家族の付添で受診していただいたり、認定調査に立ち会ってもらうなどして協力をいただいている。生活全般について何かある毎に家族へ相談し本人・家族の意向に添えるようにしている。		
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	普段から家族との外出、外泊を自由にしてもらったり、地元の方の面会などが自由にできるようにしている。	家族の来訪が多く、利用者の外出や外泊に繋がっている。地域の友人も月間6～7人が面会に来訪している。馴染みの場所との関係継続は、家族の協力支援にお願いしている実態である。	
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	入居者同士が助け合い、楽しみながら暮らしていけるように、時には職員が間に入り支援することで良い関係を築いている。また、それぞれの体調や気分にも配慮して居室で過ごす時間も大切にしている。		

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	他の施設へ移られる場合には、本人の情報を詳しく伝えていき、要望があれば他施設の紹介を行ったり、退所後の相談にも対応します。		
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	日々の関わりのなかで、本人の発する言葉や態度から汲み取って把握するように努めている。また家族と相談し、本人の希望に添えるように努めている。	フェースシート、アセスメント記入にに注力し情報入手に努めている。目下意思表示困難な利用者はないが、日々のかかわりから得られる情報を大切に共有し、意向の把握に努めている。	
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	家族からこれまでの暮らしぶりや、生活歴、趣味など過去の情報を収集し、本人の理解に努めている。これまでのサービス利用の経過や情報も関係者から聞き把握に努めている。		
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	一緒に活動する中で、個々の心身状態や関心のあること、苦手なこと、できることの把握に努め、これらの情報がケアに活かせるように、職員全体で共有できるように努めている。		
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	本人やご家族からは、日頃の関わりの中で、思いや意見を聞き反映できるよう努めている。本人の状態変化や日々のケアの中での気づきなど職員全体で、意見交換し、モニタリング、サービス計画に反映させている。	本人と家族の要望を基に、関係職員、医師などで検討し介護計画を作成する。毎月短期目標毎に期待する効果、本人の満足度、サービス量の適否を評価している。通常見直し期間は6カ月で家族の署名押印を得ている。	介護計画の見直し期間は3か月毎に行い、その結果を家族に報告し記名押印をもらって欲しい。
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	申し送りで入居者の様子や変化を詳しく伝え、また申し送りノートの記入も行い、共有している。		
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	必要に応じて協力歯科医の往診を受けられるよう支援したり、地域の理髪サービスへの支援を行っている。家族の意向で福祉用具購入の支援をしたり、歩行練習を行うなど個々の満足度を高めるようにしている。		

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
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	ボランティアの方に来ていただき利用者との交流を行っている。安心して地域の暮らしができるように、消防訓練を実施している。オムツ券の活用の支援を行ったり、薬局の薬剤管理サービスを利用している。		
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	入所時に、受診経過や今後の通院に関して家族と話合っ、希望の医療機関へ通院して頂いている。同法人診療所の情報を伝えて、希望されれば、転院の手続きの支援を行っている。必要時には、それぞれの主治医に相談、報告し、連携に努めている。	9名の利用者の内1名が従来からのかかりつけ医、他の8名は本人や家族の希望により運営法人の経営する診療所医師を主治医としている。それぞれの医療情報を把握し共有し連携に努めている。	
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	併設の診療所の医師、看護師と日常的に健康管理や体調不良時に相談でき、適切な指導や診察が受けられる。主治医の先生との連絡表も活用している。		
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。	入院時には入院目的を早く達成してもらえるように、協力医や家族と話し合い連携に努め、サマリー等を医療機関に提供する。地域連携室相談員や担当看護師、家族と回復状況等情報交換し、退院への支援を行う。		
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、事業所の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	主治医の判断のもと、回復不可能な状態に陥った時に、最後の場所及び治療方法について本人の意志、家族の意向を尊重し、主治医の指示、指導のもと必要な医療が受けられるよう連携して行く。	運営規定には終末期の状態を迎えても、馴染みの関係での生活を維持し、本人が望む場所で最後まで暮らしていく事が出来るように、医療関係者、家族等と協力すると記し、対応指針書もある。入居時に事業所は話すようにしているが、文書提示や確認はしていない。	左記条文を、重要事項説明書に組み込むなどして、なるべく早い段階から話し合い、方針の共有を文書化して行くことを期待したい。
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	利用者の身体状態の急変や事故発生時にも、慌てずに適切な対応がとれるように、マニュアルの周知に努め、定期的な訓練を行います。		
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	夜間を想定した避難訓練を実施したり、地域の方にも協力が得られるように、運営推進会議で働きかけていきます。	設立第1回目という事で消防署立ち会いの避難訓練が実現した。夜間想定訓練については、当日口頭指導を受けている。防災マニュアルは整備しているが、備蓄や地域の協力を得るには至っていない。	運営推進会議メンバーの支援を得て、地域の協力体制の構築を期待したい。また災害用の備蓄にも取り組んでほしい。

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	接遇の勉強会や普段のミーティングでも入居者に対しての言葉使いや態度について話し合い、プライバシーや尊厳についての意識を持つよう働きかけている。	設立の際、接遇の研修を全職員で行った。人生の先輩として尊重し、常に言葉かけに注意するよう管理者は全職員と話し合っている。ホーム内での会話は、その成果が出ていて優しい雰囲気である。	
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	普段の生活で職員が共に過ごす時間を作るように努めて、入居者個々の思いや希望がきけるようにしている。意思疎通の困難な方は、表情や態度からも読み取るよう努めている。		
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	一応の流れの中で個々の能力に合わせ、たとえ時間がかかっても自分で出来る力を大切にしている。体調や気分配慮し、本人の意思、希望を確認しながら、過ごして頂いている。		
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	家族の協力を得て、衣替えをしていただいたり、個々のこだわりのスタイルを把握して、その人らしさやプライドを保てるように、支援している。定期的に地域の訪問理髪店を利用している。		
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	日常は配食サービスを利用し、好みによってはメニューの変更もできる。月に数回、入居者さんの希望のメニューを考えてもらって、準備を手伝ってもらっている。	昼夜2食は配色サービスを利用するが、ご飯と汁もの及び朝食は、ホームで職員が利用者の協力を引き出しながら用意している。自由メニューの日を月2~3回日曜日に作って、3食とも皆で考え料理し全員で楽しんでいる。	
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	個々の好みや運動量、持病に配慮しながら、カロリーの過不足や水分不足が起こらないように職員全員が気を付けている。食事摂取量や水分量は個人記録に記入し管理している。		
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	起床時、昼食後、夕食後は個々の状態に合わせた口腔ケアを行っている。必要があれば、歯科受診が出来るように支援している。		

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	尿意のない方は時間を決め、拒否のある方は、行動とタイミングを見計らってさりげなくトイレ誘導を行い、状態に応じた介助を行っている。また、様子や表情などのサインを見逃さないようにして、トイレでの排泄を支援している。	一人ひとりの排泄パターンを把握し、タイミングを見計らってさりげなく誘ったり、サインを見逃さずトイレ排泄を支援している。現在普通パンツは1人のみ、8人はリハパンを着用している。	
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	水分補給をまめに行い、水分量の管理を行っている。ヨーグルトや野菜を日常的に取り入れ、適度な運動ができるよう体操、歩行練習、腹筋運動をしている。便秘時は医師に相談しながら、排便コントロールを行っている。		
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	湯の温度や体調、入湯時間や順番などの意向を把握し、拒否のある方には、誘うタイミングや声のトーンや言葉掛けなど、不安に配慮するなどしている。	月曜～土曜1日5人、週平均3回の入浴回数である。湯温、順番、時間など個人の希望を優先しながら工夫している。小窓から琵琶湖を眺めて楽しめる。浴室は余裕のあるスペースで清潔に清掃されている。	
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	日中の活動を活発にし、夕方は穏やかに過ごせる生活リズムとなるよう心掛けている。個々の状態によっては、午睡を取り入れたりしている。夜間頻尿や寝つきの悪い方は家族や医師と相談している。		
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	利用者個々の投薬と副作用の説明書ファイルを作成し、確認している。服薬は声に出して、名前、日付け等確認して手渡して飲んで頂いている。処方の変更があった場合は申し送り、職員全体で経過観察に努めて、異変があれば主治医に相談し、指示を仰いでいる。		
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	入居者同士の会話や本人の言葉から、一人ひとりの喜びや楽しみを引出し、希望に添えるよう努めている。家族に将棋相手をしてもらったり、晩酌を楽しんでもらっている方もいる。		
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	日常的に庭やホーム周辺への散歩を行い、利用者の要望でドライブや買い物にも出かけている。家族の協力で外食や法事やお寺参りにも外出してもらったり、外泊してもらっている。	猛暑なので、ベランダの植物への水やりやホームの庭にある畑の夏野菜の世話や収穫を行っている。職員の買い物には順番に車に乗せてもらって外出している。花見などは家族の協力を得て皆で出かけている。個別に家族の来訪で外出・外泊等出かけている。	日常的な外出の頻度を上げるためには家族、友人、地域ボランティアの協力がどうしても必要であり、運営推進会議メンバーの支援を得て協力依頼を進めて行ってほしい。

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
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	本人の希望や家族の意向に依り、数名の利用者は、現金を所持されている。 トラブル回避のために、多額の金銭は控えて頂いているが、手元に持つ満足感や安心感のための支援をしている。		
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	暑中見舞いや年賀状を送ったり、親戚、知人からの便りに対して返事を書いていただけるよう支援して行きます。		
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	リビングはゆったりと落ち着けるように、ソファとテレビを配置して、転倒の原因になるような物は置かないようにしている。季節毎の壁飾りを展示して、季節を感じられる空間にしている。	リビング南全面のガラス戸からは、琵琶湖、長命寺港に出入りする漁船、岡山などが眺望できる。南面のバルコニーにはニガウリのグリーンカーテンが日差しを和らげている。ひまわり草を中心に手作りの切り抜きの壁飾りを飾っている。廊下、トイレ、風呂は清潔である。	
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	3~4人でソファでお喋りしたり、同じ空間で一人でも過ごせるように椅子やテーブルが配置している。また、面会時に家族団らんで居室で過ごしてもらったり、自由にゆっくりと一人で休養できる。		
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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	各居室の備品は、使い慣れた家具や身の回り品を持参してもらい、違和感を緩和できるようにしている。利用者と家族の意向に依って、写真や思い出の品を持って来てもらっている。	居室は総てフローリングで、ベッド、クローゼット、空調機を提供している。馴染みの衣装ケース、家族の写真、鏡、テレビ、使い慣れた布団などを持ち込んでいる。各居室は明るく清掃が行き届いている。	
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	手摺が多く設置されており、床材は滑りにくいものが使用してある。居室、トイレ等にはわかり易い表示をしている。各居室内の備品や配置は随時、家族と本人の要望に沿いながら整備している。		

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	33	重度化・終末期についての方針を明示し、家族・関係者と共有して利用者を支えたい。	利用者・家族・主治医・関係者と共に重度化・終末期に向けて、チームとして協力して取り組める。	①重要事項説明書等に重度化・終末期の方針を明文化する。 ②入居者・家族に対しては、早い段階から重度化・終末期の有り方について話し合い、方針を理解し、共有できるように努める。 ③主治医とも連携し、方針に向けての相談や協力を仰ぐ。	12ヶ月
2	48	ひとり一人の希望に沿って、外出できる楽しみが持てるように支援したい。	家族や地域の協力を得ながら、外出頻度を高め、利用者の満足度を得られる。	①運営推進会議の場で、地域の行事等への参加協力を仰いで行く。 ②家族やボランティアに外出介助の協力をお願いする。 ③年間行事として、外食の企画実行を行う。	12ヶ月
3	35	災害や火災に備えての準備や協力体制を築きたい。	全職員が昼夜問わず、地域の協力を得ながら、利用者の避難誘導ができる。	①年2回の避難訓練を実施し、職員全体が理解し、行動できるようにしておく。 ②運営推進会議の場でも災害対策について話し合っていく。 ③災害時に備えて、3日分の飲料水や食料品の備蓄と管理を行う。	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、行を挿入して下さい。