

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	2592200022		
法人名	株式会社Beスマイル		
事業所名	グループホームBeスマイルあど川		
所在地	滋賀県高島市安曇川町田中302		
自己評価作成日	平成29年11月21日	評価結果市町村受理日	平成30年 1月19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 平和堂店 2階		
訪問調査日	平成29年12月20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)】

誰にでも笑顔で、又、利用者・家族にも不安を持たれないよう誠意を持って接している。特に利用者には、安心感をもってもらえる居場所となるよう仕事に工夫と努力をしている。利用者や家族・来訪者の方が、過ごしやすい空間であったり、雰囲気であるようように努めています。特に来訪される家族の方とは、利用者の普段の様子をお伝えして、利用者にとってよりよいサービスを受けて頂けるように、話合う機会を設けるように努め、サービスの向上に努めています。介護サービス事業者協議会の事業運営に協力している中で、市役所や社協からの情報提供や連携がとれるようになり、子どもの貧困対策として、「夜のフリースペース」の事業をやらせて頂いた。その他にも外部との交流が、少しずつ出来るようになってきている。今年度は、10周年として、夏に社員交流(子供さんも参加)を兼ねたバーベキュー大会を行い、親睦が深められた。

【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)】

事業所は、旧安曇川町の中心部に平成19年に設立され、地域に密着したサービスを提供している。近江商人の三方よしの教えをヒントにして、利用者・家族、職員、地域の人達がいつも笑顔になれる事業所を目指し「スマイル・スマイル・スマイル」を理念とし、職員自ら笑顔で心のこもった声掛けで接している。今年度から子供の夜のフリースペースとして、1児童を受け入れて、宿題、食事、入浴の支援をしている。時には、帰宅時間まで利用者と交流する時間を設け、年齢差はあるがお互いに楽しい一時を寛いで過ごしている。毎月の音楽療法は、歌の先生の指導で始まり、歌詞が書かれた大きな白い紙を貼って利用者と共に歌い、その歌声にひかれ居室にいる利用者が一緒に歌いたいと居間に来て、大合唱で笑顔になっている。

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 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)	○ 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、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	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	職員は全員理念を理解していて、利用者や家族近所の人等に対して、常に笑顔で丁寧に対応している。	事業所の理念を新人研修時に説明し、時には職員会議でも確認しあっている。利用者・その家族、地域の方々、事業所の職員が笑顔でいられるように共有し、ケアを実践している。	
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	開設して10年目になり、隣近所の方と顔馴染みにもなり、挨拶を交わしたり、おすそ分けを頂いたりと良好な交流が来ている。地域の行事にも参加することが増えてきている。	地域防災訓練に管理者が参加し、地域の人々と話し合うことが出来、今後の交流の入り口が開けた。小学校の児童を毎週1回17:00～20:30までホームで預かり宿題、夕食、入浴支援を行っている。認知症カフェは計画の段階である。	認知症ケアという事業所の得意技を中心とする相談室やカフェなどの地域貢献に期待したい。
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	市の見守り事業に参加しており、徘徊の方の見守りや相談窓口を行っている。		
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	約2か月毎に開催し、運営の状況の報告や課題について話し合いをする中で委員より適切な助言や提案を頂き、サービス向上に向けて少しずつ活かしている。	地域代表、高島市職員、利用者、家族代表、事業所社長と他2名で構成し、2か月ごとに開催しているが、管理者の交代で3回未開催になった。新管理者着任しその後は通常ペースに復帰している。	今回の外部評価調査結果を報告し、運営推進会議メンバーによる目標達成計画の評価、完遂のための指導や支援発揮を期待したい。
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	事業主が、介護サービス事業者協議会の会長(4年)を務めていることから、市町村担当との関わりが増え、相互理解が深まっている。(今年は、災害時の要配慮者支援に関して、定期的に会議を行い、マニュアル作りを行っている。)	運営推進会議には高島市地域包括支援課職員が参加していることから、社長以下常に運営状況や活動予定、利用者状況などを報告している。社長は高島市介護サービス事業者協議会会長を4年間務めていて、高島市との協力関係を築いている。	
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	市が開催した管理者・中間層・初任者の3層に分かれての研修にそれぞれ職員を派遣し、理解を深めている。利用者の外出したい要望に応えるなど、臨機応変に対応しながら、戸閉しないケアを進めている。	高齢者虐待防止の研修を受講し内部研修で全職員に周知している。夜間ベットから転落し、家族の同意を得て柵を設置したが、利用者が嫌がるので二晩で外している。玄関は昼間開錠し、チャイムのみになっている。	
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	市が開催した管理者・中間層・初任者の3層に分かれての研修にそれぞれ職員を派遣し、理解を深めている。		

自己	外部	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	成年後見が必要なケースでは、事業主が対応している。事業主が、後見人センターの委員をしており、顔の見える関係作りを行っている。		
9		○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	重要事項説明書の説明時には、特に契約解除の要件については、入院したら即契約解除等といった事はない等、利用者が不利益にならない事を伝え、安心して契約を結んで頂いている。		
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	「Beスマイル祭り」を開き、家族間交流や、職員との会話、情報交換に努めている。「家に帰りたい」という利用者さんの要望に応え、利用者さんと娘さんを、自宅まで送迎させて頂いたことがある。	IYASI隊という3人のボランティアが、ヘアアレンジ・メイクセラピスト、アロママッサージを利用者に提供している。この癒しが皆の笑顔となり、おめかしが出来たので「是非お出かけをしたい」との希望が出て、急遽湖岸道路へのドライブを実施している。	
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	職員会議だけに留まらず、平日頃や特に問題が起こった時は、職員の気づきやアイデアを聞き出し参考にしながら、運営するように心がけている。	年2回管理者は、職員の自己評価を基に、一人ひとり面談して思いを聞き評価を行い、その後に社長も面談を行っている。四季に合ったメニュー表を作ろうとの提案があり、目下作成に取り組んでいる。	
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	職員夫々の状況に応じて勤務体制を組み、勤務を継続できるように配慮している。希望する資格取得には支援をしている。また、勤務中に現場を離れ休息出来るよう休憩時間確保に努めている。		
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	業務の作業手順書を作成し、業務の見直しと新人教育の場で活用するようにしている。		
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	市内の介護サービス事業者協議会に加盟し、交流を深めている。代表が協議会の会長(4年)を務める事となり、より交流が深まったり、情報が入るようになった。		

自己	外部	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	サービスの利用について相談があった時は、必ず本人に会って心身の状態や本人の思いに向き合い、サービスの開始を受け入れられるような関係づくりに努めている。		
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	家族の苦労や今までのサービスの利用状況など、これまでの経緯について、ゆっくり聞かせて頂くようにしている。話を聞くことで、落ち着いて頂き、信頼関係を築けるように務めている。		
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	独居の方で、徘徊が激しく、大雪警報が出るなど、緊急避難が必要との観点から、包括やケアマネから連絡を受けて、即日受入れたケースがある。		
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	本人の思いや根本にある苦しみ、不安、喜びなどを知ること努め、暮らしの中で分かち合い、共に支えあえる関係作りに留意している。		
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	ガンを患っておられる利用者を受入れて、家族と共に、病気の進行やケアの仕方、看取りといったことを、その時その時、話合いを持って、利用者本位のケアに務めている。		
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	利用者さんと家族と一緒に自宅送迎するが、その時にお世話になった近所の方も顔を出してくださる。その近所の方が、ホームを訪問して下さいようになった。	行きつけの理髪店や理美容室への送迎、友人の来訪時には、なるべくゆっくりと話が出る様お茶を出すなど配慮し、帰りには「又お出で下さいね」と関係継続に努めている。	
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	利用者間については、職員が調整役として中に入ったりする。また、性格の合わない利用者間は、席を工夫するなどしてトラブルが少なくなるよう努めている。		

自己	外部	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	新しい住まいでも、これまでの暮らしの継続性が損なわれないように、これまでの生活環境、支援の内容、注意が必要な点について情報提供し、きめ細かい連携を心掛けている。		
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	日常のケアの中で利用者の行動と表情から推測し把握している。意思の疎通が困難になった利用者には「ひもときシート」を使って有効であった経験から、必要な利用者に試み効果を上げている。	職員会議で、ひもときシートを使い職員の意見を出し合いながら困難なことを解決できたが、現在の利用者は介護度が比較的低く、希望・要望を聞き取ることが出来ている。貴重な情報は記録し、次回アセスメント時に活用している。	
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	家族の訪問時等に生活歴や好み、暮らし方を聞き、把握に努めている。困った時などは、家族に電話して、相談や情報提供に努めている。		
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	各利用者の日々の状況把握に努め、持てる力を生かし支援する様努めている。朝夕に本人の状態を確認し、どのように支援するか把握することに務めている。		
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	ガンを患っておられる利用者を受入れて、家族・訪問看護と、病気の進行やケアの仕方、看取りといったことを、つど話し合い、連携しながら、ケアに務めている。	毎月チームカンファレンスを行い、異常がなくとも3か月毎に、変化発生時には即刻介護計画をケアマネジャーが作成し、家族に説明し確認印を得ている。モニタリングシートは、初期に取り入れ使用したが継続していない。	カンファレンス記録のみでなく、利用者ごとのモニタリングシート使用を期待する。
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	個別にファイルを用意し、血圧や体温、排泄等身体的状況及び日々の暮らしの様子や本人の言葉やエピソード等を記録している。いつでも全ての職員が確認出来るようにしている。		
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	ストマを利用して、ガンを患っておられる利用者さんについては、通院の送迎と問診時にも職員が同席するなどの支援を行った。		

自己	外部		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	地域の図書館・近隣のギャラリーへ出向いたり、各種ボランティアの利用で日々の暮らしを楽しめる様に支援している。		
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	ストマを利用して、ガンを患っておられる利用者さんについては、受診時に職員が同席するなどの支援を行い、その状態にあったストマの利用方法(サイズや開閉)などの連携を行った。	受診は利用者や家族の同意納得のもと、協力医をかかりつけ医にしている。毎月1回の往診と週1回の訪問看護を受けている。2名の利用者は、家族支援の下これまでのかかりつけ医を受診し、結果は、事業所と訪問看護師に報告している。	
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	訪問看護ステーションと医療連携を組んでおり、週1回の健康管理や医療面での相談・助言・対応を行っている。緊急時は、電話相談にも応じて貰い、適切な医療につなげている。		
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	入院時には、病状を把握し、本人の支援方法等に関する情報を医療機関に提供している。また、医療機関や本人・家族と連携を取りながら、早期退院出来るように対応している。		
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	現在、末期ガンの方がおられ、医師や看護師と連携しながら、看取りを行っています。ガンを患われた方は、初めての経験で、家族や訪看さんと、都度相談しながら、支援を行っています。	契約時に重度化・終末期についての事業所方針は、口頭にて説明している。主治医の終末期に入ったとの診断が出た場合は、「看取りに関する同意書」を医師、家族、事業所の確認印を押し看取りケアに入って行き、看取り実績もある。看取り介護技術向上研修も管理者は受講している。	重度化・終末期に関する事業所方針を重要事項説明書の1項として、早急に加えることを期待したい。
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	救急救命講習などを受講し、備えている。訪看さんと今後の訓練などについて相談していきたい。		
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	今年、区の避難訓練に管理者が参加した。事業主が、災害時の要配慮者の支援にむけて、市とマニュアル作りを行っている。備蓄品として、水を置くようにした。	地域防災訓練には、管理者が参加しているが、事業所の避難訓練は、管理者の異動などで今年度は実施できていない。	年2回の避難訓練実施を実行してほしい。運営推進会議の支援を得て地域住民の協力体制確立を期待したい。

自己	外部			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		援助が必要な時も、まずは本人の気持ちを大切に考えてさりげないケアを心がけたり、自己決定しやすい言葉かけをするように努めている。	人生の先輩として尊敬し、トイレの声掛けも小さな声でさりげなく誘導したり、入浴についても受け入れやすい状況を見計らって小さな声掛けでスムーズに行くよう努力している。研修受講は目下無い。	関連する外部研修の受講を期待したい。
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		職員は利用者と過ごす時間を通して、利用者の希望、関心、嗜好を見極めるように心掛けており、それを基に日常の中で本人が選びやすい場面を作れ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		行きたいところへ外出(自宅や買い物等)したり、本人のサインを読み取り、休息場面を作るなど個別対応を心掛けている。しかし、入浴や行事等、職員の都合が優先されてしまうことも少なくない。		
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		衣類の選択は、本人と共に行っている。整髪等に関しては、馴染みの理美容室に行ったり、困難な場合には出張サービスを受けられるよう支援している。		
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		職員は輪番調理にあたり、利用者各人の「好き嫌いシート」で状態に合わせて細かく対応している。近隣から頂く季節野菜や果物も使い、職員と一緒に会話しながら摂っている。下拵えや下膳を手伝う利用者もいる。年間行事食も楽しんでいる。	昼食は利用者が好みのカレーライスと副食の葉野菜の御浸し、デザートのみかで、介助食の2名も職員と一緒に同じ食事を楽しみ、下膳もしている。週2回の食材の購入に利用者も同行するケースもある。	
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		利用者の状態を見て、不調の時などは訪看とも連携しながら、食事量・水分量共に、個々の活動量・摂取量に応じて支援している。		
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		起床時・就寝前に口腔ケアを実施している。昼食後には、必要に応じて実施している。		

自己	外部		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	利用者個々の排泄パターンを把握して、さりげなくトイレ誘導するなど個々に応じた排泄の支援をしている。	車いす利用1人、歩行器使用1人を含めて何らかの支援必要な方が数名で個々に合った自立支援を行っている。排泄パターン表は、個人毎の記録にとどまっている。	個人記録よりも8名全員まとめた排泄パターン表作成を期待したい。
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	便秘予防に水分補給や毎朝食時にヨーグルトの飲用をするなど、繊維質の摂取および運動を促している。便秘になった場合、医師と相談し、下剤等で調整している。		
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	週2回の入浴が基本で、入浴を拒む利用者には、時間を空けた誘導や、シャワー、清拭、足湯等に対応している。2人介助が必要な利用者にも対応しながら、利用者の希望に沿う努力をしている。	週2回の入浴サイクルだが、概ね毎日入ったり、嫌がる利用者にはシャワーや足浴、清拭で対応している。ゆず湯が好評で喜んで皆入浴を楽しんでいる。	週3回の入浴が出来る事を期待する。
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	日中は個別に体調の変化等を見ながら休息したり、夜には必要に応じて話したり、温かい飲み物を取って頂いたり、安心できるように努めている。		
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	通院記録には必ず目を通し、会議で伝達し薬の準備・配薬は別の職員が行い、間違いがないように努めている。		
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	花の世話、洗濯干し・たたみ等それぞれに合ったことを出来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	行きつけの理髪店に出かけたり、買い物など、職員の支援のもと、外気にあたる事ができるよう努めている。季節ごとの行楽ドライブを楽しんでいる。	良い天気には、なるべく散歩に出かけるよう努めている。冬期は難しくなるが、買い物の同行などに努めている。家族の協力で散髪や法事・正月などの帰宅等を実現させている。	

自己	外部	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	利用者の買い物は、事業所の立替で行うようにして現金を所持しない形をとっているが、本人の希望がある場合、ご家族と相談して所持して頂けるように支援している。		
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	本人が希望されたら電話や手紙などの支援をしている。		
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	季節の花を飾ったり、壁面に季節を表現したり季節感を感じて貰える様努めている。トイレの芳香剤は、業者が1か月に1度交換するようにして、快適に過ごせるように工夫している。	玄関に靴履用腰掛けが置かれ、廊下にソファが2台置かれ寛いで会話も弾んでいる。居間・食堂は採光が良く、床にホットカーペットで足暖の配慮もあり、利用者の手作りの作品も飾っている。トイレ浴室、洗面は清潔に保持している。	
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	ローカなどにソファを置いたりしてホールではなく、一人で過ごせる居場所づくりに工夫している。		
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	居室は使い慣れたベットや布団、家族の写真などを置き、居心地良く過ごせる工夫をしている。	家族の写真や手芸の作品が飾られ、小型の家具や椅子を持参している。ベット持参は自由である。急激な温度変化を防止する熱交換器換気扇を設置している。エアコンや温湿度計で室内管理し清掃も行き届き快適に過ごしている。	
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	利用者が安全に生活できる様手すりを設置。居室やトイレ等、場所が分かる表示をしたりして自立に向け支援している。食堂のイスとテーブルは安全性の高いものを使用している。		

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	2	認知症ケアという特色を生かした更なる地域貢献	相談室やカフェなど地域貢献事業への取組	・先進的に取り組まれている所の視察を行い、実施にむけての課題や準備を進めていきたい。 ・市社協のまちづくり推進課と連携して、地域の課題などの情報収集やボランティアとの連携などを行っていきたい。	1年
1	3	外部評価調査結果の運営推進会議メンバーへの報告並びに課題の共有・目標完遂にむけた指導や支援	目標完遂のための協力体制の構築 支 援ネットワークの拡大	・運営推進会議を定期開催すること。 ・支援ネットワーク拡大のための行動	3ヶ月
2	10	利用者ごとのモニタリングシートの使用	モニタリングシートの作成	モニタリングシートとスタッフ会議を連動させる。その事で、チームケアを円滑に行えるように取り組みたい。	6ヶ月
2	12	重度化・終末期に関する事業所方針の明確化	重要事項説明書への記載	重要事項説明書への記載	6ヶ月
1	13	避難訓練の実施(年2回)	避難訓練の実施(年2回)	消防署へ連絡し、避難訓練を実施する。	6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。

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	13	避難訓練の地域住民との協力体制構築	地域住民との協力体制の構築	運営推進会議等を活用して、地域住民との連携を行う方法を協議する。まずは、施設見学やこちらから、区の行事に参加するなど何がいいか？検討する。	6ヶ月
3	14	プライバシーに関する外部研修の受講	外部研修の参加	プライバシーに関する研修や接遇研修など外部の研修を調べて、研修受講を実施する。	1年
2	16	利用者全員のまとめた排泄パターン表作成	排泄パターン表について見直す	何故必要か？といったことから、職員と話し合いながら、排泄パターン表を見直す。	6ヶ月
3	17	週3回の入浴	入浴支援の在り方について見直す	職員と入浴3回実施について、話し合いを実施して、どういう入浴支援がよいか？検討する。	6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。