

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	4790500062		
法人名	特定医療法人アガペ会		
事業所名	グループホーム若松ぎのわん		
所在地	沖縄県宜野湾市新成1丁目20-6		
自己評価作成日	2019年1月23日	評価結果市町村受理日	令和元年 5月 9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	株式会社 沖縄タイム・エージェンツ		
所在地	沖縄県那覇市上之屋1-18-15 アイワテラス2階		
訪問調査日	平成 31年	1月 30日(水)	

【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)】

ご家族と入居者様のつながりを大切に、記念日や馴染みの行事の参加など外出・外泊時のご家族のサポートを行っている。地域の一人としての自覚を持ち、自治会の行事・活動の参加も定期的に行っている。入居者様の状態を考慮し心身の活性化を図る為、行事や個別外出を企画し楽しみの時間を提供している。訪問看護のサポートを受けながら医療機関・ご家族と連携し、体調管理を行っている。ご家族の都合がつかない時は、連絡後に事業所が病院受診対応をしてサポートすることもしている。法人の取組としてパーソン・センタード・ケアの実践に向けて推進、DCM(認知症ケアマッピング)の実施、職員も意識しながらケアに携わっている。人事考課制度の導入で、職員個々に目標に沿って取り組んでいる。

【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)】

事業所は、交通量の多い住宅街の道路に面した2階建ての1階にあり、同一法人のデイサービスと併設し、上階はアパートとなっている。母体は特定医療法人で認知症疾患医療センターや、各種介護保険サービス事業を展開している。24時間オンコール体制の訪問看護等との連携で、終末期ケアに向けた指針を作成し、支援体制を整えている。地域や行政との連携、協力が図られ、行政担当者とは市内グループホーム連絡会や運営推進会議等で、相談・助言を受け、地域自治会のイベント等地域活動にも積極的に参加している。利用者の担当職員がサービス担当者会議に参加し、ケアチェック表を基にサービス内容を検討し、一人ひとりの要望を本人のペースに合わせてプランを作成している。

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	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、活き活きと働いている (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、安心して暮らさせている (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

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	法人の認知症理念、基本方針を軸にし事業所の『その人らしさを大切に』を基本方針として支援している。毎年外部評価後に、ミーティングで理念について振り返りや見直しを検討しているが、職員が大切と感じている方針をケアの柱にして実践している。	11年前の開設時から、法人の理念や基本方針と職員で作り上げた事業所の基本方針(家族との連携・その人らしい生き方・地域社会との交流)等が記載された手帳を、全職員が携帯し、個別に確認を行い支援に努めている。	
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	公民館の行事や活動(遠足、夏祭り等)、地域での買い物、散歩や外気浴での近隣の方との交流など大切に顔見知りになっている。自治会や近所の方から鉢植えや草木をいただき、事業所前に飾っている。水やりは近所の方も手伝って下さっている。	自治会への加入で行事、活動等が把握でき、利用者と職員は毎月開催する歌広場や毎週行われる100歳体操に参加している。事業所前の通りで行われるスーヅグァフェスタでは子供エイサーも披露されている。地域の方と一緒に花の苗を植えたり、鉢植えの水やりを行うことで交流の機会を増やしている。	
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	事業所前に月1回物忘れ相談の横断幕を掲示し、いつでも相談対応が出来るよう啓発・広報しているが最近では相談に来られる方も少なくなっている。 宜野湾市協力で事業所間の連絡会を開催しており社協から福祉教育の支援協力の話合いが現在なされている。		
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	奇数月に第4週火曜に定期開催して、助言・意見・要望を集約し、支援に活かしている。行政・包括・地域・認知症専門看護師・入居者・ご家族の代表者が参加している。会議録はいつでも閲覧できるように事業所内に案内を掲示。	運営推進会議は、利用者・家族・自治会長・行政又は地域包括職員・系列の訪問看護ステーション管理者がほぼ毎回参加し年6回開催している。会議では活動状況や事故報告等を行い、地域の情報や意見交換を行っている。議事録や外部評価結果等は、各委員へ配布すると共に玄関先にファイルし公表している。	

自己評価および外部評価結果

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
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	判断に迷うことや確認事項などは、行政に連絡し意見や助言を貰っている。事故などの対応も適切な助言・指導を貰ってる。運営推進会議やグループホーム連絡会、小規模合同連絡会でも、行政の方から取り組みに対しての提案や意見をいただき、関係構築に努めている。	市担当職員とは、運営推進会議や市グループホーム連絡会の中で、情報交換や助言を受ける等連携を図っている。栄養スクリーニング加算について確認し、低栄養リスクや予防の為の取り組みを行う事で、利用者個別の栄養状態の改善に繋げている。	
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	法人の抑制委員会が中心となり、身体拘束に関する勉強会を開催。参加できない職員にはDVD学習を用意してくれている。入居契約時にも説明を行い、基本的に抑制は禁止である。日中は出入りに、夜間や午睡時には一部の入居者の方赤外線センサーを使用している。ご家族にも報告している。運営推進会議にて「身体的拘束等適正化委員会」を設置し勉強会・状況報告を実施している。	身体拘束や虐待についてDVD学習や研修等で理解すると共に、マニュアルを作成し拘束のないケアに努めている。夜間センサーを1名が使用しているが解除に向けた取り組みを検討している。運営推進会議の中で対策を検討する会議を開催し、議事録に残している。	
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	虐待に関する情報やグループホーム連絡会や法人、包括などから情報提供があり、その際は注意喚起している。法人内研修でも勉強会の機会を設けている。職員の精神面に影響する事例は、職員間で検討。医療やご家族と連携しながら問題解決に取り組んでいる。	高齢者虐待防止に関するマニュアルを作成し、勉強会を行っている。スピーチ・ドラック・フィジカル3つのロックについて研修に参加した職員が、報告会を実施し職員間で情報を共有し、実践に努めている。法人によるストレスチェックを行い、職員の相談に対応出来る体制を整えている。	
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	現在、権利擁護対象の入居者はいないが、包括との相談体制は確立出来ている。今後の対応に備え職員間で情報共有していく。個人の必要性など職員間で評価し、ケアマネ報告している。		

自己評価および外部評価結果

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
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、入居契約書で説明を行い、署名・捺印をいただいている。面会時やサービス担当者会議などでも、その都度不安や疑問点の確認している。また、重度化・看取りの関しての説明・同意、個人情報に関する同意書も家族へ確認を取っている。		
10	(7)	○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	入り口に『ご意見箱』を設置している。面会時や、サービス担当者会議、運営推進会議でも傾聴し、常時受け付けている。職員が聞き取った意見・要望は、管理者・ケアマネ・他職員と情報共有し、支援に反映させている。また、法人全体で「理事長直行便」のはがきがあり法人に対しても意見を反映できるシステムがある。	日常の会話の中で利用者から要望を聞き、家族とは面会時や運営推進会議の中で、意見を聞く機会を設けている。家族から、お茶をしながら個別で会話のできるテラスが欲しいとの要望があったが、構造上、増設は難しい事を説明し、必要に応じて事務所を空けて利用して頂けるよう配慮している。	
11	(8)	○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	意見や相談を聞く場は、話しやすい人に相談できるように複数の窓口を作っている。(セクハラ・パワハラ等)申し送りやミーティングでも確認・検討している。法人の部門長も週1回訪問し、職員に声掛けしてくれている。状況に応じ、個別面談の時間も設けている。	毎週金曜日に法人の担当者が、職員に意見等があるか確認している。職員ミーティング時に、利用者の薬の包装が3つに分けられているのを一包にして欲しいとの要望があり改善されたが、薬局側によるミスが続き確認を行っている。	
12	(9)	○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	人事考課制度を活用し取り組みや、勤務状況を確認している。目標達成の為に個々に取り組み状況を確認し、職員間でのサポートや管理者からの方向性の修正・助言・勤務調整などで評価に繋げている。	法人が作成した就業規則が整備され、資格取得や資格手当等人事考課制度を活用している。職員の健康診断が行われ、夜勤者は年2回で年齢に応じて人間ドックやストレスチェックも行われている。管理者は職場のパワーハラスメント研修に参加し、働きやすい環境整備に努めている。	

自己評価および外部評価結果

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
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	能力級の三等級職員や、リスク管理担当者を中心にチームケアの充実とケアの質の向上の為、職員間で連携しながら、現場に必要としている研修に参加し、情報共有しながらスキルアップを図っている。		
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	宜野湾市内のグループホーム連絡会を年4回実施、また小規模多機能との合同連絡も年2回実施している。管理者だけでなく、介護職員も同行し、活動の確認や事例検討、事業所訪問などでネットワークを作り、関係強化と双方のスキルアップを図っている。		
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	各入居者の方に担当職員を設けている。生活歴・既往歴を配慮し、ご本人・ご家族からの意見・要望を確認して関係づくりに努めている。環境作りや支援方法を見極め、ケアプランへ反映させている。		
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	ご家族の都合に合わせて、しっかりとお話を伺っている。担当者会議でもその都度傾聴し確認・提案をしている。事業所が寄り添えることは初めにお伝えしている。		

自己評価および外部評価結果

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
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	配慮すべき点は職員間で情報共有をしてから受け入れ、支援方法を最終決定している。医療的な必要があれば受診前に訪問看護や主治医と連携し、ご家族と相談して受診に繋げている。		
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	入居者の方々の趣向や特性を理解し、個々に役割をもつことで支え合っている。馴染み場所や外出、買い物など共に過ごす時間を大切にしている。		
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	定期受診や担当者会議、馴染みの行事や祝い事など、ご家族との繋がりを大切にし、共に支え合う関係作りを築いている。		
20	(10)	○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	面会のご家族だけでなく、ご家族に確認を取って馴染みの方の面会も受け入れている。自治会の方との交流も出来ている。外出支援時に馴染みの場所へ出かける支援もしている。	利用者の友人等が訪れた際には、トラブルを避ける為家族へ問い合わせで了解を得て面会して頂いている。利用者は自宅周辺のドライブや、地元の自治会のイベントに職員と参加している。	

自己評価および外部評価結果

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
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	個々の性格を理解し、相性や間合い席の配置などを工夫している。難聴からくる大声の方や、周辺症状の悪化がみられる方には職員が仲介に入り、馴染みの関係作りや支え合える関係性を支援している。		
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	体調悪化で入院・退去になっても。医療機関への情報提供や、退去後の相談、再入居の申し込み提案など相談支援を行っている。お見舞い・状況確認も定期的に行っている。		
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	(11)	○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	入居者個々に担当職員を決め、ご本人の意向をアセスメントし、他職員からの情報も集約して、寄り添いながら意向に沿う支援を心がけ実行している。	利用者の思いや意向は、アセスメントシートや家族等から、情報を把握し確認している。利用者とは日常生活の中で、しぐさ等から思いの把握に努め職員間で情報を共有している。利用者から誕生日にステーキやケーキが食べたいとの希望があり、職員2名と一緒に外出に出掛けている。	
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	個々の暮らし方に合わせ生活リズムの検討や、楽しみの時間作り、環境作り、役割を担って頂くように努めている。ケアプランにも反映させている。		

自己評価および外部評価結果

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
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	職員間でしっかりアセスメント・評価、個々に応じた過ごした方を支援している。職員全体にて申し送りし把握に努めている。継続した入居生活を送ってもらう為、必要時には「認知症デイケア」を利用する等、心身の状態に応じて他機関とも協力を得ながら入居生活が送れるよう支援している。		
26	(12)	○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	担当職員を中心にケアの状況をモニタリングし、職員間の意見を集約している。ご本人にも参加していただき、担当者会議にてご家族に報告している。介護計画の追加や変更はその都度、ご家族に理解・同意を得て作成している。	利用者毎に半年に1回アセスメントを取り、サービス担当者会議には、利用者と家族、担当職員が参加している。計画書は短期目標を6か月、長期目標を1年とし、状態に応じて計画を見直している。医師や理学療法士と連携し、脱臼防止の為の移乗方法等のレクチャーを受け、計画に反映させている。	
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	個別に介護記録は毎日記載している。状況の変化が見られれば、情報把握・評価を行い、看護師や主治医からの助言も貰って支援に活かしている。ヒヤリハットには至らない情報を「ヒヤリゼロ報告」とし職員間での情報共有として取り組んでいる。		
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	ご家族が対応できない時の病院受診や、薬の受け取り、入退院の動向、夜間・早朝の外出時の乗降介助を行っている。個々の機能評価・介助方法の指導が必要な際は、看護師や法人のリハスタッフのサポート体制が確立している。		

自己評価および外部評価結果

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	公民館でのそよ風音ひろば参加で保育園児とその親御様との交流や、散歩の際に公民館に立ち寄るなど、行事の活動もしている。地域のスーパーで買い物も行い地域住民として入居者の方が出来ることを継続する支援を行っている。		
30	(13)	○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	入居してもかかりつけ病院は変えず、馴染みのかかりつけ医を継続して受診していただいている。看護師とも連携し受診情報提供書を作成、事前に電話や書面の情報提供で相談や助言をいただく事もあり、情報共有している。	利用者はかかりつけ医を家族対応で受診し、状態が気になる場合は職員も同行している。情報提供票には医師の返書や定期薬、残薬の欄があり、受診結果等の共有に活用している。主治医と連携し、浮腫や発赤軽減を図る為午前午後1時間程度静養で改善した利用者もいる。認知症の疾患別認定を専門医受診に繋げ判明した利用者がある。	
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	訪問看護が入り、週一回の健康チェック(申し送りと記録書面あり)と体調の変化時の次元・指示・処置が対応できる体制を整えている。体調変化時や定期受診時の報告は常に情報共有している。		
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。	入院先の担当看護師や医療連携室の担当者、担当医師と情報共有し安心して入院生活がくれ、早期退院できるよう支援している。退院時は退院カンファレンスも依頼し、ケアマネが参加している。		

自己評価および外部評価結果

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
33	(14)	○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	契約時や支援状況が大きく変化した時などに、重度化や終末期を想定した話し合いを、ご家族としている。意向を確認、事業所の支援体制、主治医の意見も伺いながら方向性を検討し、意向に沿うケアの実践を心がけている。	重度化や終末期ケアの方針を整え、利用開始時に説明して同意を得ている。これまで看取りの経緯はないが、全利用者が訪問看護と24時間オンコール体制を整えている。職員は看取りケアや基礎研修等に取り組んでいるが、同一法人の訪問看護から「終末期ケアで不安な時は家族を交えたカンファレンスをして良い」との助言もあり、家族や職員の不安を放置せず、選択肢がある事を伝えたいとしている。	
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	上級救命救急研修を修了した職員を中心に、急変時の対応、BLS講習、誤嚥時の対応など定期的に行っている。予測される対処法は訪問看護にも相談しその都度申し合わせしている。マニュアルも電話の前に張出ししている。	/	
35	(15)	○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回の火災避難訓練を行い、災害時に備えている。消防の立ち会いや、地域の方にも参加していただいている。職員間で避難誘導のシュミレーションも行っている。災害時に備えて備蓄食を準備している。	災害避難訓練は毎年2回消防署協力の下、昼夜想定で実施している。自治会長が疑似車椅子利用者の役で、向かいの店舗の方は利用者役でそれぞれの訓練に参加協力をしている。消防署の講評で「毎年レベルが上がっている」と高評価を得ている。昨年目標とした「災害時対応マニュアル」は現在作成中としている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(16)	○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	排泄・入浴・外出など身支度など自尊心を尊重している。声掛けは基本敬意を示しつつ、同意を得て親しみを込めた砕けた声掛けをしたりと個々や場面ごとに使い分けている。帰宅要求や寂しさから不安言動が出現した際は、ご本人の思いに寄り添った支援を心がけている。	事業所が道路に面しており、居室内でのケアには十分注意を払って対応するよう、職員間で共有している。利用者は各々が好みの場所で食事を摂り、余暇を寛げるよう支援している。利用者には排泄時や入浴支援等の意向を確認し、同性支援の体制にも配慮している。個人情報保護方針等に関する資料も整備している。	

自己評価および外部評価結果

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
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	ご本人やご家族から様々な情報を確認し情報共有。好きなこと、やりたいことを引き出しやすいように選択肢も提示し、思いを確認。健康上の観点ですぐ要望に応えられない時は、ご家族や医療にも相談してバランスを調整している。		
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	基本、入居者の生活スタイルに合わせてながら希望に沿って支援し、その日の状況に合わせて調整している。		
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	外出時の身だしなみや、おしゃれ、化粧など行えるよう支援している。		
40	(17)	○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	入居者の方々が希望する手作りオヤツは定期的に取り入れている。食材発注の際は、職員と一緒にチラシを見たり、食べたい物を確認したりとし、食事の下ごしらえや片付けなども協力していただいている。	食事は朝食以外は法人厨房からの配食を利用し、ご飯と味噌汁は事業所で調理している。利用者はおやつ作りを職員と一緒に楽しんでいる。誕生日を外食で祝う利用者もいる。退院時水分摂取が厳しく点滴のみの利用者を職員間で声かけ、観察等を継続し、1か月後には栄養補助食品が受け入れられる状態に改善している。	

自己評価および外部評価結果

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
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	栄養面に関しては栄養士の作成した献立を中心に提供。要望は朝食に取り入れている。水分は起床時、食事の前後、入浴後、10時、オヤツ時、外出後に提供。摂取状況や排泄の確認も行っている。栄養スクリーニングを毎月実施、体重測定、食事摂取量のチェックを実施している。		
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	毎食後に口腔ケアを実施。個々に合わせた準備や支援を行い、磨きの古紙や仕上げの介助を行っている。口腔衛生管理体制として、月1回法人の歯科衛生士が訪問し介護職員への勉強会・口腔ケアの実践に取り組んでいる。必要時は訪問歯科診療を依頼している。		
43	(18)	○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	排泄リズムを把握し、日中はトイレで排泄できるよう声掛けや誘導を行い支援している。排泄チェック表を活用し、職員間で確認している。	利用者の計画に「朝トイレ」を位置付け、毎朝2人体制で排泄の促し等を継続支援した結果、オムツからリハビリ用パンツに変更でき、家族は「トイレに行けた、リハパンに変更できた」と喜んでいる。利用者は「トイレに行きたい」と訴えるが排泄の仕方を忘れていたので、排泄動作の一連の流れを介助する事で実行できている。	
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	オリゴ糖や牛乳、ヨーグルトなど活用しながら、水分摂取状況も確認。散歩などで腸も刺激しながら、腹部マッサージもして便秘予防に努めている。		

自己評価および外部評価結果

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
45	(19)	○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	入浴は週2回。概ね午前中に行っているが、個々の心身の状況に合わせて午後入浴もある。失禁時は半身浴や陰部洗浄で清潔を保ち、尿路感染のリスクを予防している。皮膚の状態に合わせて必要な外用薬を処方してもらい皮膚ケアにも努めている。	入浴は同性介助に努め、シフト上厳しい旨を説明し理解を得ている。入浴を拒む利用者には声かけ等のタイミングを図って支援している。利用者の「できるところは自分で」の意向に沿い、動作毎に声かけ、本人に確認しながら介助すると、これまで訴えていた痛みが減っている。痛みの訴えがある時は本人のペースに合わせて軽減を図っている。	
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	起床時間や食事の摂取時間は個々のペースに合わせた生活を尊重。安眠の為に静かな環境作りや生活習慣に仮眠も取り入れている。不安の訴えが強い時は状況によっては添い寝をする支援もしている。		
47	(20)	○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	ご家族から託された薬は管理者・ケアマネがセット。変更がある際はその都度申し送りと、薬カードに記載している。ナウ服薬の変更や副作用等は申し送りノートを活用し、情報共有している。訪問診療・外来受診時には主治医へ情報提供を行い薬剤の調整を実施している。	利用者の服薬支援に関する手順、管理等は「服薬マニュアル」で明文化しているが、利用者への朝、昼等の服薬支援の忘れ、利用者が服薬後に吐き出したり、服薬袋が服用前に間違えて捨てられる等を報告している。更に、主治医の指示が見逃される等、調剤薬局の処方ミスも何度か報告されている。	服薬支援は、利用者の身体状況や精神面を大きく左右するので、「服薬管理マニュアル」の見直しと、徹底した管理が求められる。また、調剤薬局への注意喚起や調整も望まれる。
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	生活歴と残存機能を活かしながら、家事活動を中心に支援。個々の趣向に合わせて外気浴・散歩・買い物支援、地域との交流、ドライブなど、ご本人のその日状態を確認・希望も取り入れ実施している。屋外でティータイムも取り入れている。		

自己評価および外部評価結果

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
49	(21)	○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	個々の心身の状況を考慮しながら、希望に沿った外出機会を心がけている。買い物は事前に日程調整し時間をかけて支援。自治会のピクニックのお誘いも受け、お見舞いや受診後自宅に立ち寄るなど、地域やご家族の協力も得られている。	事業所近隣への散歩を定期的の実施し、中には計画に「近隣の散策」と位置づけている利用者も居り、外気浴を楽しんでいる。公民館の歌広場に参加し、生きがい、楽しみを見出している利用者もいる。普段は外出が少ない車椅子利用者の衣服等の買い物支援にも出かけている。	
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	ご家族から預かった小遣いを個別に、事務所で預かっている。お買いものに行く際に職員が持参し、支払出来る方はご本人が払っている。そのほかに自身でお財布を所持している方もおり、買い物も財布から出して支払されている。		
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している	家族との電話は子機を自由に使用していただき、ご家族と連絡を取れる環境を整えている。話す際はゆっくり話せるように居室に子機を持ち込んで話していただいている。		
52	(22)	○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	リビングはガジュマル通りに面しており、大きなガラス張りで自然と光を取り込んでいる。フロア内は入居者の方の作品や活動写真、カレンダー、面会時の写真を飾り回想効果も得られている。大台所は中央にあり、見守りや一緒に家事動作がしやすくなっている。	共用空間は道路に面した大きな窓から、歩道のガジュマルが西日を遮り暖かな陽が差し込んでいる。利用者と職員の共同製作の作品が所狭しと壁に貼りだされ、廊下の奥には利用者や家族が寛げるようソファを設えている。洗面台の鏡にはカバーを掛け、使用時にはカバーを上げる等で生活の中に動作を入れている。	

自己評価および外部評価結果

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
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	個々のこだわり・趣向・他者との相性を考慮した配席をしており、自身の居場所を認識し安心して過ごせるよう配慮している。介助が必要な方の配席も配慮している。		
54	(23)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、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	ご家族には入居時にご本人の馴染みの物を持ち込んで安心できる環境作りの協力をお願いしている。写真や、カラーボックスなど持ち込まれている。寝具類は花柄にして明るい雰囲気になっている。衣類の多い方はハンガーラックも活用し、自身で選べる工夫もしている。	利用者の居室にはベッドとタンスが備え付けられ、ベッドは利用者の身体状況に合わせ、ギャップアップ式等への変更も可能としている。居室環境から、利用者の個性が見られ、花かご等花のある部屋、ラジカセ、寝具とクッションが多い部屋等となっている。	
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	居室のフロアレイアウトは個々に合わせて配置。立ち上がりや掴まり立ちが出来やすいようになっている。手すりも利用しし残存機能を活用していただいている。個々の好きな活動を理解し環境を整え家事動作を中心に参加継続が出来ている。		

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	47 (20)	2018年度は服薬の飲み忘れがあった為、服薬の飲み忘れがないような取組が必要。	入居者への服薬管理ができる。	服薬管理マニュアル(与薬マニュアル)の見直し、服薬支援方法を職員間が統一できるようにする。	6ヶ月
2	40 (17)	朝食は事業所で調理しているが、昼・夕食は配食の為、入居者と一緒に調理・一緒に食べる機会が少ない。	食事作りを入居者と一緒に行い、職員も一緒に食事する機会を作る。	月1回、昼食作りを入居者と一緒に調理し、職員と一緒に食事する事を計画・実施する。入居者が食べたい食事聞き取り、取り入れてみる。	12ヶ月
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。