

### 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	4770500132		
法人名	医療法人おもと会		
事業所名	グループホームさくら		
所在地	沖縄県宜野湾市嘉数4-4-10		
自己評価作成日	平成 30年 10月 25日	評価結果市町村受理日	平成30年 12月 21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	<a href="http://www.kajigokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=4770500132-00&amp;PrefCd=47&amp;VersionCd=022">http://www.kajigokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&amp;JizyosyoCd=4770500132-00&amp;PrefCd=47&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

**【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・エージェント
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 30年 11月 6日(火)

**【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)】**

常に笑顔を忘れず入居者様に接し、入居者様の出来る事を活かしやりがいを提供できるように心がけている。入居者様に癒しを提供できればとドッグセラピー会を開催している。

**【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)】**

事業所は閑静な住宅街の丘の上に緑豊かな広大な庭や人口の滝があり気軽に散歩にできる環境にある。法人の介護老人保健施設も同じ敷地内にあり、1階には小規模多機能事業所と何かあった時の協力体制も整っている。業所内は大きなガラス窓で明るい光や緑があふれ、清潔感のある広々とした空間にソファ椅子等を配置し、利用者は好きな場所でゆったりくつろいでいる。水槽や生花等も飾られ危険な物の収納など工夫がみられる。職員は理念に沿った支援を心掛け、我が家のような出来る限り自立し、安心して暮らせていける事業所を目指している。法人主催の研修も多数あり、中でも「ケアエキスパート研修」を3人が受講し排泄の自立支援に努めている。自治会との関わりも積極的で、他の自治会の老人会から勉強会の依頼を受け認知症の啓蒙活動にもつながっている。又、ドッグセラピーの資格を持っている職員が仲間と一緒に、法人施設や事業所へ訪問してくれ、地域でもドッグセラピーを企画し好評である。

**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

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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	理念を職員の見えるところへ掲げ共有している。入居者様の出来る事を引き出せるよう支援し、地域とのつながりを持てるように工夫する。	常に理念を意識できるように職員の目につく場所へ掲げ、利用者のできる事を把握し出来ない部分を支える支援を心掛け職員全員で共有している。また、地域とのつながりを大切にし利用者が地域社会の一員として生活が出来るよう、地域の行事などの情報収集し、参加できるよう支援している。	
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	地域の自治会の祭りへ参加したり、他事業所へドッグセラピー会派遣を行っている。	近隣5ヶ所の自治会代表が運営推進会議に参加し、地域の様子や行事などの情報をもらっている。利用者が地域の行事に参加職できるよう体調を見ながら準備している。職員の中にドッグセラピーの資格を持っている方が仲間と一緒に、法人施設や事業所へ訪問してくれ、地域でもドッグセラピーを企画し好評である。	
3		○事業所の方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	地域の老人会へ認知症についての勉強会を開催している。		
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	年6回運営推進会議を開催している。自治会の方々の参加も多く地域で困っている事やホームでの出来事などを話し合い共有している。	前回まで小規模多機能型と一緒にしていた運営推進会議を別々に行うこととなり、宜野湾市独自の報告書を今回より議事録として提出することになっている。2ヶ月に一度、家族以外の構成員もそろい開催している。家族には家族会や面会時に声掛けを行っているが、参加には至っていない。	

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
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、市のGH連絡会やキャラバンメイト連絡会等交流を持っている。	3ヶ月に1度、宜野湾市のグループホーム連絡会があり意見交換など盛んに行われている。宜野湾市の担当者とは台風の被害報告などの確認や報告など行い、研修会や行事の案内もあり、また運営推進会議への参加もあり協力体制が整っている。	
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	身体拘束廃止指針に基づいて職員へ伝達し、勉強会を行い理解してもらっている。	現在、身体拘束は行っていないが、毎月のケアミーティングで身体拘束廃止指針に基づいて勉強会が行われ、職員全員にアンケート方式の身体拘束についての問題を出し提出してもらって理解を深めている。日頃から職員同士でも話し合い、不明な点は管理者に直接聞いている。	
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	ミーティングやおもと会の勉強会にて学び、理解に努めている。	毎月のミーティングや法人の勉強会で虐待や不適切ケアについて学び、日々の支援でも意識している。利用者への声掛けでも言葉遣いに注意し、敬意をもった声掛けや態度を心掛けている。	
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	現在まで対象者はいない為活用したことはないが、勉強会を通して学んでいる。		

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	十分に時間をかけ説明し、理解を貰っている。	/	
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	運営推進会議での内容等年に2回の家族会で意見交換を行っている。面会などで頂いた意見などを職員で共有している。	家族からの意見は面会時の雑談の中や、直接意見や要望を聞いている。病院受診を家族が付き添いたいとの要望にも応えている。また、家族会が年2回あり、家族同士の意見交換会などでも意見を聞く機会となっている。利用者からはテレビが見やすい席替えをして欲しいや外出したいなどの要望に応えている。	
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	ミーティングで話し合いを行ったりしている。ケアの内容や業務改善など。	職員の意見はミーティングや会議だけではなく、日頃から管理者に話しやすい環境である。職員から業務改善などの意見が出たら1週間ほど試してみて、良ければ随時取り入れている。備品等の要望は、年間予算会議があり、予算内であれば買うことが出来ている。	
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	おもと会、県GH協会の勉強会参加や、人事考課を取り入れモチベーションを上げられるようにしている。	人員がそろったことともあり、年休や希望休も取りやすく急な休みなどにも対応できる環境である。職員の勤務時間等も本人の体調などに考慮し夜勤を少なくしたり、週1~3回のパートなど、それぞれの事情にあった働き方ができ継続雇用に繋がっている。人事考課やストレスチェックを取り入れ、夜勤者の康診断も2回実施されている。	

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
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	メンタルヘルス研修や法人勉強会参加、県GH協会研修への参加を組み入れている。		
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GH連絡会参加や小規模、老健等との交流を持っている。月1回老健にて勉強会参加している。		
<b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前に面談し、要望等を聴く、プランの作成の際にも十分に意見交換を行っている。		
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	入居前の面談にて要望等を聴く、日常的な面会の際にも職員側からも声掛けしコミュニケーションを図っている。		

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	担当者会議等で十分に本人、家族と話し合い希望に添えるような支援を心がけている。		
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	入居者様、ご家族様と共に共同生活者として接し、難でも話し合える関係性を心がけている。		
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	ご家族へホーム内の出来事等をお知らせし、入居者様との会話に役立てるように情報提供している。		
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	ご家族はもちろん、兄弟や友人の面会機会を常に設けている。一部のご家族によっては自宅への等を行っている。	家族にお願いして2週間に1度、面会を兼ねてオムツを買ってきてもらっている。兄弟や友人が面会へ来てくれたり、お盆と正月には自宅に帰り、親戚との関係も継続している。地域の自治会の祭りに参加し、知人と会話し交流している。	

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	活動を通してお互いに協力したりしている。食事の席の配置などにも気を付けている。		
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	退去された方のご家族からの相談等へも対応している。		
<b>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</b>					
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	担当者会議や日常的な会話の中での希望や要望等を出来る限り寄り添える体制をとっている。	日々の会話の中から、やりたいことや行きたいところなどを直接聞いている。意志の疎通が難しい方は、家族からの要望やしぐさなどからくみ取っている。利用者が好きなことやできる事で役割をもって支援している。「家に帰りたい」と訴え玄関から出ていく方には職員が後ろからついていき、様子を見て声掛けしている。「仕事に行く」という方には洗濯や掃除のお仕事をしてもらい、その人に合った支援を行っている。	
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、ご家族からの情報を聴き、その環境に近づけるように努力している。		

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
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	日常の申し送り等職員間の情報共有を行い、現状把握を行い対応している。		
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	介護支援専門員を中心に本人・家族の意向を話し合い、ケアミーティングで検討会を行っている。意見を出し合い機能訓練などのマニュアル作成等を行っている。	本人と家族もケアミーティングに参加し意見や要望を聞き、職員から法人デイサービスで行っている体操を参考に機能訓練を介護計画に反映させ、実際に毎日のおやつ後に試して立てなかった方が立ち上がりができるようになっている。3ヶ月ごとにモニタリングを行い、状態変化時には随時会議を開き介護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	職員間の情報共有を行い、記録への記入と変更事項等は介護支援専門員への報告を行い見直しなどを行っている。		
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	状況に対応できるように情報収集を行っている。		



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	なかなか地域資源を活用できていない状況ではあるが、要望に添えるようにしている。		
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	入居者様は個々の主治医を持っていただき安心を得ていると思う。ホーム看護師からはホームでの状況を主治医へ報告している。	利用者及び家族が希望しているかかりつけ医を継続しており、利用者はそれぞれ1~2ヶ月に1回の受診で健康状態を確認している。受診介助は基本的に家族が行っているが、家族での対応が困難な場合には状況に応じて職員が送迎等の支援をしている。受診時には書面や電話にて情報を医療機関へ提供し連携を図っている。受診報告等の医療情報は申し送りを通して職員間で共有している。	
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	介護職員は日常的事、変化を看護師へ報告し、看護師から主治医へその都度報告している。		
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。	入院時面会し、看護師、主治医から情報を貰っている。急変時や急な受診対応の段取りも早急に出来るように心がけている。		

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	重度化指針に基づき、入居前に説明し、入居途中でも再確認を行っている。職員は勉強会や、今までの経験を共有しすぎるアップを行っている。	入居時や利用者の状態変化時に、重度化や終末期に向けた事業所の方針を利用者及び家族に説明し同意を得ている。職員への研修も実施しており、訪問診療等の医療機関や家族との連携を取り現在も継続して重度化や終末期に向けた支援を行なっている。	
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	マニュアルを作成し、夜勤等常に携帯している。医療的な件は看護師指導の下、勉強会を行っている。		
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	消防については年2回訓練を行っている。津波や地震災害の場合市内GHで話し合い、お互いを受け入れる環境づくりを進めている。事業所の津波・地震災害マニュアル作成中。	年2回、消防協力の下、法人と合同で避難訓練を実施している。マニュアルの整備や防災設備の整備点検を実施し、食料品等の備蓄や防災用品等は法人で準備している。	
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	出来るだけプライバシーへの配慮を行っている。入浴などは1名対応している。言葉かけの工夫も気を付けている。奥トイレのカーテンは現在法人へ改善検討依頼している。	職員は入職時に接遇の研修を受け、その後も定期的に研修会に参加し、利用者一人ひとりの尊重とプライバシーの確保を意識しながらケアをしている。事業所には個人情報保護方針及び利用目的の掲示や理念を掲示しており、日々確認できるようにしている。職員による不適切な対応があった場合は、その場で職員同士が指摘したり職員ミーティングで話し合い注意している。	

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	常に本人へ確認し行動を共にする。		
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	あらかじめ決定している体操などは体調や気分を考慮し、行ってもらっている。そのほかは自由に過ごしてもらっている。		
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	衣類などは家族と買い物へ出かけ購入される方もいる。散髪は本人へ確認し、ヘアスタイルを決めてもらっている。		
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	メニューは管理栄養士からのメニューを頂き、調理は職員と入居者様と一緒にしている。片づけに関しても歩行可能な方は声掛けし下膳を行ってもらっている。	法人の管理栄養士が作成して献立に基づき食材を発注して、3食とおやつを事業所で調理しており、利用者も職員と一緒に食材の下ごしらえや下膳を行なっている。食事は利用者それぞれのペースがあり、職員は利用者に合わせて見守りや食後の口腔ケア等の支援を行なっている為、職員は利用者とは別に食事を摂っている。	食事介助や見守りに専念しており利用者と職員と一緒に食卓を囲んで同じ物を食べる事ができていない状況。利用者と職員と一緒に食事を味わいながら楽しく食事ができるような工夫が望まれる。

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	管理栄養士の指導の下食事量等調整している。水分に関してもチェック表を活かし水分不足にならないように配慮している。		
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	毎食後声掛けし、口腔ケアを行っている。		
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	オムツ外しへの取り組みを行っている。ケアエキスパート研修への参加も行い、入居者様の自立へ向けた取り組みを行っている。	法人主催の「ケアエキスパート研修」を受講し排泄の自立支援に努めている。入居時、転倒リスクが高くおむつを使用していた利用者の排泄パターンや状況の把握と、利用者の「トイレで排泄したい」という意向を尊重し、リハビリパンツ、パッド使用で日中はトイレ、夜間はポータブルトイレを活用して自立に向けた支援をしている。共用トイレのカーテン仕切りはアコーディオンカーテンへの変更を検討しており改善に向けて取り組んでいる。	
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	入浴時の腹部マッサージやヨーグルト等の摂取をしてもらっている。		

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	あらかじめ入浴予定日は決めているが、状態によっては変更を出来るようにしている。	基本的には週2回、個別でシャワー浴を基本としているが、利用者それぞれの好みのシャンプーを持ち込んだり希望や状況に沿って入浴回数を増やしている。入浴を好まない利用者へは対応する職員や時間、声かけの方法を変えて個々に沿った入浴ができるように工夫している。重度化した利用者も入浴が楽しめるようにシャワーキャリーを使用し、脱衣所に畳ベッドを設置して更衣や移乗を2人で介助し安全面に配慮している。	
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	空調の設定や照明関係の調整を行っている。日中の休息に関しては自由にしてもらっている。		
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	服薬に関しては看護師を中心に薬管理表を作成しており、その都度職員にて確認できるようにしている。誤薬等が無いように服用時は職員2名確認と本人確認を行っている。	看護師が管理の下、詰め所の鍵がかかる棚に利用者ごとにボックスに入れて保管している。職員はシフトによって薬のセットと服薬の役割が決められており、2重確認ができるようにマニュアル及び保管棚の扉に示されている。服薬ファイルを作成しており利用者それぞれの服薬情報を綴り、服薬の変更があった場合にはその都度申し送り情報共有し職員全員が確認できるようにしている。	
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	寝たきりの方へは音楽を聴いてもらったりしている。調理の手伝いや洗濯物たたみ等それぞれの好きなことを選定し参加してもらっている。		

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	家族と共に外出する機会が多い。必要なものはその都度家族と購入している。ドライブ行事の際は入居者に聞き取りし、可能な限り希望に添えるようにしている。	利用者一人ひとりの希望や状態に合わせて、敷地内の庭を散歩したり庭に設置されているベンチで職員と過ごしたり、法人施設までの道を散歩している。月2～3回、家族とともに外食に出かける利用者もいる。毎月行事を計画し、希望する利用者は遠出のドライブや黒糖工場見学などに外出している。	
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	金銭に関しては家族への管理がほとんど。買い物についてはホームへお小遣いを預かり金銭出納帳を記入し管理している。		
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している	入居者様の希望に応じて対応している。		
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	ホールはゆったり過ごせるようにソファ等を配置している。廊下には月々の写真を貼りだし、入居者様がいつでも見られるようにしている。空調なども気を付けている。	玄関には職員が生けた季節感のある花を飾っている。居間兼食堂には食卓の他に、1人用のチェアや2～3人がけのソファを設置、キッチンにも4人がけの食卓を設置しており利用者はそれぞれ好きな場所でくつろげるようになっている。居間は全面ガラス張りで敷地内の緑の多い庭が見渡せ、利用者は顔見知りの庭師に話しかけたり庭のシークワサーの木に実がなるのを楽しみにしている。	

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
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	ホールや廊下にソファや長椅子等設置しており、それぞれが自由に自分の時間を過ごせるように配置している。		
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	入居の際に家族へ説明し、本人のなじみの枕や毛布等持ち込みしてもらっている。私物など自由に持ち込みしてもらっている。	洗面台、タンス、ベッド、エアコン等は事業所にて設置しており、利用者によっては使い慣れた寝具やテレビ、机、椅子、家族の写真や手作りの作品などを持ち込み、利用者の動線に合わせて家具を配置するなど、利用者自身が居心地良く過ごせるように配慮している。	
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	トイレの表示や居室入口の表示等入居者様がわかるように工夫している。		

## 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	40	食事介助や見守りに専念しており利用者と職員と一緒に食卓を囲んで同じ食事を食べることが出来ていない状況	入居者さまと一緒に同じ食事が出来るようにする。	食事担当職員を入居者との調理支援終了後一緒に食事を摂れる職員配置を行う	1ヶ月
2					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。