

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	4790300125		
法人名	合同会社 ゆい		
事業所名	グループホームかえで		
所在地	沖縄県うるま市兼箇段922番地		
自己評価作成日	令和1年11月25日	評価結果市町村受理日	令和2年4月6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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=4790300125-00&ServiceCd=320&Type=search
----------	---

【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	令和元年 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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・当施設は、様々な認知症の症状に対応できるよう職員配置を手厚くしています。 ・認知症に関する研修も職員がスキルアップできる体制が整っています。 ・施設の理念である「パーソン・センタード・ケア」を徹底しており、入居者様中心のケアを提供しています。 ・食事は手作りで提供しており、リビングにはテラスもあり五感を感じられる環境です。 ・家庭菜園もあり、入居者様やDS利用者様と季節ごとに収穫をしています。 ・喀痰吸引等事業所施設で、看取りケアへも対応できる施設である。 ・共用型デイサービスを併用しており、スムーズな入居に繋がるように支援しています。 ・緊急時利用のショートステイがあり、家族様のニーズに対応できる体制である。

【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>住宅地の一角で、交通量も少ない閑静な環境にある。その立地を活かし、近くの雑貨店への買い物や日課にしている利用者さんに寄り添い実践している。又自治会へ加入しており、地域住民の方と散歩中に声を掛けてもらう機会も多い。地域の夏祭りにも積極的に参加したり等、地域密着型の特色を活かしたケアを実践している。外部評価の結果に対して、職員間の話し合う機会を設け対応策を計画し実践されている。理念の中に、パーソンセンタードケアの実践が掲げられており、研修、勉強会を開催し、職員への浸透が図られている。利用者が出身地に行ってみたくという声に対し、タイミングを計りつつ、環境を整え、訪問をかなえることができた。利用者の声に真摯に耳を傾け、可能な限り想いを実践する考え方が浸透している。</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)	○ 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
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	<ul style="list-style-type: none"> 採用時は、職員へわかりやすく説明している。 職員会議(ケア会議)の際、理念の振り返りを行い共有し実践に活かしている。 	開設時に作成した企業理念、介護理念、3つの「ない」を現在も継続し事業所内に掲示するとともに、入職時や研修、職員会議の中で共有し職員に浸透させている。介護理念の中でも特に「パーソン・センタードケア」を基本として「驚かせない」「急がせない」「自尊心を傷つけない」の3つの「ない」を心がけて日々のケアで実践している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> 事業所は自治会に加入し敬老会等に参加している。 自治会の夏祭りに出店し地域と交流している。 入居者様やDs利用者様の希望で散歩や買い物をする事が多く、その際に地域の方と交流が行えている。 	自治会に加入し、自治会の夏祭りには事業所から利用者とともに出店している。日頃から近所の商店やスーパーへ買い物に出かけたり、近隣を散歩する際に地域住民と会話を交わし、住民の畑から野菜をお裾分けしてもらおう事もある。地域住民による三線や踊りのボランティアの訪問や、地域の学生の実習受け入れも行なっている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> 認ともうるまの活動の中で地域や市民向けに認知症の啓発活動を行っている。(代表) 	/	/
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	<ul style="list-style-type: none"> 2カ月に1回必ず開催している。 開催後は、開催報告書を行政に提出している。 	年6回定期的に開催しており、利用者、家族、行政、自治会長、知見者が参加している。会議では、事業所の様子や活動報告、ヒヤリハット・事故報告、外部評価結果等の報告がされている。自治会と行政も交えた中で、事業所へのAEDの設置等について検討している。会議録はファイルに綴り事業所内で職員や家族が閲覧できる。	
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	<ul style="list-style-type: none"> 市町村の認知症推進委員との連携も取れており困難ケースの受け入れ等、積極的に行っている。 SOSネットワーク等で意見交換も出来ており定期的に情報の共有が行えている。 うるま市高齢者等一時保護事業を契約しています 	市担当者とは、定期の運営推進会議や代表者が中心となって日頃から連携を取っている。市が管理している認知症高齢者等見守りSOSネットワークには現在も利用者が加入しており継続して連携している。事業所は緊急時の受け入れ体制を整えており、市からは集団指導や研修案内がメールで届き職員が参加している。	

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
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「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	<ul style="list-style-type: none"> ・身体拘束排除マニュアルを作成。 ・定期的な研修に職員を派遣している。(社内研修・外部講師研修・県GH研修等。) ・当施設は日中玄関などの施錠は行っておらず入居者様・Ds利用者様が自由に出入り出来る環境である。 ・身体拘束廃止委員会を設置し、運営推進会議にて委員に報告している。 	<p>事業所は身体拘束排除マニュアルを整備し、身体拘束をしないケアの方針を掲げている。事業所内と外部の研修も積極的に受け、運営推進委員で構成する身体拘束等適正化委員会を3カ月毎に開催している。日々の業務の中でも意識し、職員同士で声かけをしながら不適切な言葉やケアにならないように注意している。</p>	
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注意を払い、防止に努めている	<ul style="list-style-type: none"> ・職員会議(ケア会議)で虐待の可能性(心理的虐待等)防止に努めている。 ・虐待に関する研修の開催(社内研修・外部研修等) 	<p>職員は日頃から特に言葉遣いに注意し、決めつけではなく問いかけの姿勢を意識している。高齢者虐待防止マニュアルは、家族からの虐待発生時に加え、家族以外の職員等による不適切な事案が発生した時の対応手順も追記されている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・県GH協会です定期的に権利擁護について研修がある。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・契約に際し契約書及び重要事項説明書で説明し同意を得ている。家族と事業所で2部作製している。(代表) 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・運営推進会議で家族代表の参加があり外部へ要望等を伝えることができる体制である。 	<p>利用者からの意見や要望は日頃の関りの中で把握している。「車に乗って遊びに行きたい」との要望には職員同士で状況確認をしながら意向に沿えるように対応している。家族からは、事業所入り口に意見箱を設置するが投稿はなく、運営推進会議や面会時に声を聞くように努めている。</p>	

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
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	・代表者は職員会議(ケア会議)に出席し現場の意見や要望等を聴く機会を設けている。	代表者、管理者ともに職員とは普段から個々との会話を多く持つようにしており、職員も会話の中で意見が言える関係を築いている。また、月1回の職員会議や申し送りの際にも職員の意見を聞く機会を設けており、外部の研修の派遣も事業所負担で行なっている。	
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	・代表者は職員会議(ケア会議)に出席し現場の意見や要望等を聴く機会を設けている。	就業規則が整備され労働条件が規定されている。職員の健康診断とインフルエンザの予防接種は事業所負担で実施しているが、健康診断については期間内に受けるように代表者からの指示があっても全職員が受診には至っていない。	労働安全衛生法の観点から、全職員の年1回の健康診断(定期的な夜勤職員は年2回)の実施が望まれる。
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	・採用時には、必ず職員向けにサポーター養成講座を開催している。また個別の力量を把握し、職員にあった研修の派遣を行っている。		
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	・沖縄県GH協会への加盟 ・うるま市「認ともうるま」への参加 ・他職種との交流も多く、研修も充実している。		
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	・サービスを導入前に施設見学をして雰囲気を感じていただきその後、本人様の要望や意見等をお聞きできる環境づくりに努めています。		

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
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	・本人様と家族様各々お話ししそれぞれの困り事、要望等が聴けるように配慮し良好な関係作りができるようにしています。 ・本人様と家族様にお話を聞き入所が困難な場合には他機関と連携し必要な情報を提供し支援していきます。		
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	・本人様と家族様の要望を聞き、必要としている支援ができるように、他機関と連携し支援していきます。		
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	・本人様の生活歴を心にとめ、その人らしさを活かし過ごしていけるよう暮らしを共にする者同士の関係を築く様に努めます。		
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	・家族様の気持ちに寄り添い、情報を共有し、共に本人様を支えていく関係を築ける様に努めます。		
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	・本人様の交友関係をこれからも維持していただき社会生活から遠のかない様な支援をしていきます。 ・本人様よりの希望(帰宅要求)等があれば、ふるさと訪問など個別対応もできるよう努めます。	利用者や家族から生活環境や職歴を聞き取り把握している。パーラーを営んでいた利用者とともに、地域の夏祭りでかき氷店を出店したり、日ごろのドライブで出身地域を通して関係性の継続に努めている。	

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
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	・入居者様の生活歴を把握し職員で情報を共有し、共同で生活できる場を提供するように努めています。		
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	・利用中止や転居・在宅復帰等、施設を離れられる際は、移動先への情報提供等を行い、本人様や家族様が安心出来るように支援していきます。		
Ⅲ. その人らしい暮らしを続けるためのケアマネシ					
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	・一人ひとりの思い・希望・意向を汲み取り、本人様の意向に添えるように努めます。	思いや意向はアセスメントや日々の関りの中から把握しており、「コーラが飲みたい」の要望に利用者と一緒に近くの商店まで買いに出かけたり、「車に乗って出かけた」との要望には職員同士で業務の調整をしてドライブしたり食材の買い物と一緒に出かけるなど意向に沿えるように支援している。	
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	・本人、家族様から生育、生活歴の聞き取りを行っています。 ・利用している事業所を訪問し本人様や事業所職員からの聞き取りを行っています。 ・本人、ご家族様の同意のもと自宅訪問し生活環境を確認、タンスや写真など居室への持ち込みを勧めています。		
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	・各入居者様別で一日の過ごし方・心身状態等の現状の把握に努めています。		

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
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	・本人様や家族様が希望する生活の実現にちかづけるように関係者とチームを組み現状に即した介護計画書を作成しています。	介護計画は介護認定更新時や状態変化時に作成し、作成時には利用者・家族からの聞き取り及び職員からの情報収集を行うことで個別計画を意識したケアにつながっており、実施記録は計画に沿って記入できる様式を使用している。担当者会議には利用者・家族も参加し、計画変更時はその都度職員に周知している。	
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	・個々の入居者様別に介護記録にケアの詳細や心身状態を日々記録し情報の共有を行い介護計画の実践に活かしています。		
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	・外泊や外出の送迎を行い本人様や家族様のニーズに対応している。 ・共用デイサービスでは、朝食・夕食の提供も行う柔軟な支援を行っている。その他延長預かりや緊急ショートステイも行っている。		
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	・地域資源を活かし、敬老会や各種イベントに入居者様も参加し地域の中で生活が送れる環境である。		
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	・受診時に必要な際は情報提供書の作成をしている。 ・必要に応じて医療機関に職員が同行し状況提供を行っている。 ・歩行困難や車椅子等の方の受診の際は送迎等のサービスを行い支援している。 ・当施設は、訪問診療と契約しており必要に応じて専門科との情報提供を行っている。	利用者・家族の希望で、入居前からのかかりつけ医を継続している利用者と、通院が困難になった利用者は訪問診療を受けている。受診は基本家族対応としているが、状況に応じて事業所が送迎や同行をしている。受診時には看護師が作成する医療連携シートで状態報告し医療機関からは返書を受けるように連携を図っている。	

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
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	・当施設では、非常勤で看護師を採用している。受診時や訪問診療の際は入居者様の詳細を提供し適切な医療が受けられる様に支援していきます。		
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、定期的に訪問し医療機関と情報の共有を行っている。 ・退院時には、必ずカンファレンスに参加し状態を把握しスムーズな受け入れが出来るように支援しています。		
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、事業所のできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	・入居の際に、重度化の指針等を説明し同意を得ている。 ・状態の悪化等で、必要な際は訪問診療・訪問看護・看護師等、他職種と家族様とケアカンファを持つようにしている。 ・看取り等が予想される場合は、関係機関、家族と話し合いを行っている。	重度化や終末期について事業所は受け入れる方針で、指針も整備され直近でも看取りを行なった。訪問診療と訪問看護との連携を密に取り、主治医から家族への説明時に職員も同席しケアについて確認している。事業所から家族へは入居時及び状態変化時に説明・相談している。職員へもその都度パンフレットを用いて行なっている。	
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	・緊急時の対応マニュアルの作成し、日々対応方法等について、ケア会議や申し送り等で共有している。		
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	・火災、防災と自主訓練を行っています。 ・今年度も、近隣住民参加の訓練が行えなかったので次年度の改善事項としています。	年2回の災害訓練を実施しているが今年度は2回とも昼間想定であった。地域住民への協力依頼は事前に行い参加できるような工夫はしたが実際に参加はできていない。備蓄等のセットは手配済みで、発電機は常備している。自治会との関係も良好で夜間の協力依頼も済んでいる。	年2回の災害訓練は確認できたが、両日とも昼間想定だったため、夜間想定での訓練の実施が望まれる。

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
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	・入居者様への声掛けの際は、語尾に「…か？」で終わる様に徹底周知し入居者様中心のケアが提供できるように心がけている。	職員は3つのない「驚かせない」「急がせない」「尊厳を傷つけない」や、事業所の理念である「パーソンセンタードケア、自ら入居したいと思える事業所を日々意識してケアにあたっている。言葉遣いには職員同士でも気を付けており、「～しましょう」という決定してしまう言葉ではなく、「～しましょうか？」と利用者が意思決定できるような言葉かけをしている。	
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	・入居者様の希望や自己決定が出来るような声掛けを行っています。		
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	・「パーソン・センタード・ケア」徹底し無理強いせず、本人様のペースで過ごせる様に、全職員で理念を共有しています。		
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	・入浴の際や外出の際に、ご本人様に洋服等を選んでいただく声掛けを行っています。		
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	・家庭菜園を活用し季節ごとの野菜を収穫し調理を行う等、楽しみながら食事をいただいています。 ・ご本人様で下膳等出来る方は行っていただいています。	事業所で3食及びおやつを手作りし、朝食は職員が交代で調理、昼食と夕食は専属の職員が調理している。食材は利用者と一緒に買い出しに行く事もあり、利用者の希望や季節の食事、事業所の家庭菜園で収穫した野菜を取り入れながら献立を作成している。利用者は下ごしらえや下膳も行なっている。	

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・食事摂取量・水分量・排尿・排便回数などを把握し栄養を管理しています。 ・個々に合わせた食事形態・水分形態(トロミ)で対応しています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎食後、口腔ケアの声掛けを行い支援しています。 ・義歯の作成や調整等が必要な場合は、訪問歯科へ情報提供を行い支援しています。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・全入居者様個別の排泄チェックを行い、定時誘導では無く各入居者様にあった時間に声掛けを行い支援しています。 	<p>個々の排泄チェック表を作成し、排泄の訴えが困難な利用者へもトイレで排泄ができるようにタイミングをみて声かけを行っている。訴えが困難な利用者の居室にはトイレの案内を居室からトイレまで壁伝えに表示することで、トイレで排泄ができるようになった。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・排泄チェック表を活用し便秘が続いている場合は、看護師へ連絡し、必要なときは内服薬などで対応している。 ・腹部マッサージや水分摂取の促しも行っている。 ・医療機関受診時に情報提供を行っている。 		
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ず、個々にそった支援をしている	<ul style="list-style-type: none"> ・入浴は、基本的には週に3回の入浴になります。本人様の希望があればいつでも入浴できる環境である。 	<p>週3回の個浴を基本としているが、利用者の希望に応じて対応している。脱衣所は冷暖房の設備があり体調に配慮している。入浴を好まない利用者に対しては職員を変えたり声かけの工夫をして定期的に入浴ができるようにしている。利用者の好みの保湿クリームを使用しており、処方された軟膏は入浴後に塗布できるように脱衣所に準備している。</p>	

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
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	・各入居者様の生活習慣に合わせ、臨機応変に休息が取れるように支援しています。		
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	・服薬管理は、看護師により行っている。服薬変更等があった場合は、看護師より申し送りがある。 ・内服薬があわない場合は、専門家にて調整できるように支援しています。	看護師が服薬管理をし、薬箱へのセットを行なっている。薬の変更がある場合は薬の説明書とともに申し送り等で周知している。マニュアルが作成されており、配薬・与薬はその日の勤務で役割が決められているが、1年以内に誤薬事故が発生している。事故発生後は薬の袋に色づけをして誤薬の予防をしている。	マニュアルの確認はできたが、その後誤薬事故が発生しているため、マニュアルの見直しが望まれる。
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	・各入居者様の生活歴等を参考に洗濯・調理・菜園活動等楽しみが持てるような支援を行っています。		
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	・いつでも本人様の希望で外出できる体制です。 ・食材の買い物等も職員と一緒に出掛けている。 ・ご家族様との外出にも専門車両にて送迎を行い支援している。	日常的に利用者の希望に応じて事業所近くの商店や事業所周辺の散歩、車で地域のスーパーに買い物に出かけている。初詣や春の遠足には車いすを利用している利用者も出かけられるように職員の配置を調整し普段出かけられない場所への外出や外食の機会を作る等工夫している。	
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	・管理者がお小遣いを管理している。本人様の希望があればいつでも使用できる環境である。 ・買い物等に出掛けた際はできるだけ本人様にて支払いを行っている。 ・定期的に残高の確認を行い、ご家族様に確認していただいている。		

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
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	<ul style="list-style-type: none"> ・電話の使用はいつでも可能である。 ・各入居者様に年賀状を作成していただきご家族様に送付している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・共用スペースは、できるだけ混乱を招かないように、家庭的な雰囲気を大切にしています。 	居間兼キッチンからは緑が多いテラスに入出入りできるようになっており、天気の良い日はテラスでくつろいでいる。敷地内に家庭菜園があり利用者と一緒に野菜を育てている。共用空間にはソファと食卓があり、利用者それぞれが好きな場所で過ごせるようにしている。壁には季節の飾りつけや行事の思い出の写真を掲示している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・庭にはテラスもあり四季を感じながら過ごせるスペースがある。 ・当施設の裏には大きな畑もあ菜園活動を楽しめる空間で過ごせるように支援します。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・居室にはテレビ回線やネット回線があり自由に使えることができる。 ・入居者様が使い慣れた家具等の持ち込みも可能である。 	各居室に特殊寝台、洗面台、エアコン、パイプハンガーラック、湿温度計が備え付けられている。利用者は使い慣れた椅子やテーブル、衣類を入れるボックス等を持ち込んでおり、壁には家族写真や手作りの作品を飾っている。家具の配置は利用者の動線に合わせて配置している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の症状に合わせた、場所の案内や表示をし、自立した生活が過ごせるように支援しています。 		

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	(15)	年2回の災害訓練は実施しているが、2回共に日中の想定で実施している為、夜間を想定した災害訓練を行わなう。	年2回の内、1回は夜間を想定した災害訓練を行う。	地域の方の参加の声掛けを自治会を通して行い事前に計画書を作成し実施する。	6ヶ月
2	(20)	服薬マニュアルが文面でのマニュアルになっている為、全職員がわかる様に改善する。	現在、文面でのマニュアルになっている為、全職員がわかりやすい様に図式にする。	図式でのマニュアルを作成し職員へ確認を行いその後、掲示する。	6ヶ月
3	(9)	健康診断の声掛けは、行っているが確認は行っていない。	全職員が、確実に健康診断を行える様に声掛けを継続して行い確認までおこなう。	管理者対応にて全職員の日程調整を行い確実に健康診断を行える様にする。	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、行を挿入してください。