

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	4770400309		
法人名	医療法人 一灯の会		
事業所名	グループホーム月桃		
所在地	沖縄県沖縄市知花5丁目24番18号		
自己評価作成日	令和2年 7月 24日	評価結果市町村受理日	令和2年9月23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="https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JiqyosyoCd=4770400309-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">https://www.kaijokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JiqyosyoCd=4770400309-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</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	令和2年 8月 12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)】

グループホーム月桃は、建物周辺に木々が生い茂る緑豊かな環境にあり、利用者の心を癒したり庭に出て自然と触れ合うことができる。利用者に対して「その人らしく暮らせる」環境づくりに努め、認知症の改善がなされるように努めている。向かいには母体病院があり、医療・災害対策等が構築されており利用者が安心して暮らすことができる。

【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)】

閑静で緑に囲まれた環境に立地しており、運営している医療法人の母体病院が道向かいにある。利用者は全員が母体病院がかりつけ医となっており、定期的に母体病院の訪問看護で健康管理をしている。また、緊急時や夜間時も応援レベルで母体病院に協力を仰ぐことができ、協力体制が整っている事業所である。法人内の研修も充実しており、母体病院での健康診断など、職員の就業環境の整備がされている。理念の一つである「残存能力・趣味を引き出し、その人らしい豊かな生活ができるように支援する」に沿って、自立している利用者の排泄支援の場面で、夜間帯も職員の見守りの中で安全にトイレで排泄できるよう居室移動を試み、失敗もあったが居室移動でスムーズに見守りを行っている。職員全員で利用者の個性を理解し日々の支援の中で活かしている。

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)	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)
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)	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)
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)	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)
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)	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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)	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
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)	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
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)		

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	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
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	事業所の理念に基づき入居者が家庭的な雰囲気の中で安全に過ごせるよう心掛け、家族の一員として関わられるよう職員と共有し支援している。	開所時に作成した事業所独自の理念を継続し、職員へは入職時にオリエンテーションで説明し、事業所内に理念を掲示して家族等や訪問者にも周知できるようにしている。7項目ある理念の中でも特に「利用者の残存能力・趣味を引き出し、その人らしい豊かな生活ができるように支援する」を共有し、利用者の個性を職員全体で把握し尊重しながら日々の支援の中で実践している。
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	民家の少ない立地ではあるが、法人の開催する行事(夏祭り等)に利用者と職員で参加したり、近隣のスーパー等で買い物をし交流を図る。	自治会に加入しており、運営推進会議には2か所の自治会長の参加もある。事業所の行事の際には地域のボランティアに余興を依頼したり、市役所で開催する認知症カフェや法人病院の夏祭り、自治会の敬老会に参加して交流している。毎年、地域の中学生の職場体験受け入れ、清掃活動にも参加し地域に事業所の周知を図っている。
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	職場体験の学生や実習生見学を受け入れたり、市の開催する啓蒙活動に参加し、認知症の理解を深めるための活動を行っている。	
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	2か月に1回の運営推進会議を開催し利用者活動状況の報告、サービス提供を議題に取り入れ委員の意見をサービス向上に活かしている。	2ヶ月に1回開催しているが、感染症の感染拡大防止の観点等で開催が困難な場合には事業所の実情や取り組み等について文書を配布して委員に報告している。利用者・家族・地域包括支援センター職員、地域代表に加え、今年度からは知見者と市職員も参加している。議事録はファイリングし事業所内のカウンターにて閲覧できるようになっている。
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取り組んでいる	運営推進会議に地域支援包括センターの職員や自治会長が参加し、連携・情報交換を行い助言を頂きながら協力関係を築いている。	今年度から市職員が運営推進会議に参加しており、日常的に研修や行事の案内が市町村から事業所にメールで届くようになっている。書類等の提出などはその都度管理者が直接窓口に出向いている。市からの実地指導にて職員の待遇について市職員からの助言等を管理者、法人担当者と交えて話し合う事ができ、処遇改善及び新職員の採用にもつながった。

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	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	身体拘束等の適正化のための指針を作成し、母体病院と連携し、職員と共に何が拘束にあたるかを考え身体拘束をしないケアに努めている。	事業所の理念の中でも「いかなる理由においても、差別・暴力・虐待などの身体的、精神的拘束を行いません」の方針で、職員も言葉遣いに気を付け、現在も身体拘束はしていない。法人内で月1回の身体拘束委員会の開催があり管理者が参加し、年に2回の研修が実施され、運営推進会議の開催時にも毎回身体拘束等の適正化について話し合いを持っている。
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	理念にもあげ職員全員で共有し、虐待防止の徹底を図り、虐待のないケアに努めている。	虐待防止についての研修を法人内で精神保健福祉士が講師になり全職員で受講し、研修に参加できなかった職員もDVDを通して学んでいる。管理者は日々のケアの中で職員に対して適宜声をかけストレスが溜まらないように配慮している。
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、制度を利用する対象者がいないため、十分な知識を持っていないが今後、必要になった場合に関係機関と相談し活用したい。	
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時に契約書、重要事項の内容を説明し家族から疑問があればわかりやすく説明し、理解・納得を得ている。	
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	母体病院の受信日や面会時に家族からの要望を聞いたり、意見箱を設置している。また、入居者からの要望は日々の関わりの中から思いをくみ取り支援に反映している。	利用者からは日頃のケアの中から、家族からの意見は毎月の病院受診や面会時に声をかけたり、運営推進会議などで聞くようにしている。家族から、利用者におやつにまんじゅうやココアを出してほしい等の要望を聞き入れ事業所で提供するなど意見を反映している。家族からの相談で、家族の職場の従業員の介護相談も受けた。

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	外部評価	
			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	申し送り時等、職員の意見を聞く場を設け、業務の見直しを行っている。常に声掛けをし意見・提案を言いやすい雰囲気作りを心掛けている。	毎朝の申し送り時や、職員それぞれに管理者から声をかけ職員の意見を聞くようにしている。職員からの意見で食器乾燥機やボイラーの買い替えを行なった。また、勤務体制を見直し、業務の役割分担をしたり、行事やレクの企画は得意な職員に頼むなど適材適所で役割が持てるように考慮している。
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	年2回の人事考課を実施し、個々の努力や実績状況を把握し職員がやりがいと向上心を持つような環境づくりに努めている。	今年度は正職員での新入職員の採用があり勤務体制などの改善がみられた。希望休や年休の取得もできている。職員は母体病院で健康診断が受けられ、夜勤者は年2回、40歳以上は年1回の人間ドッグも受けている。人事考課が年2回あり、自己評価後に管理者が面談し、職員が向上心を持てるような職場環境づくりに努めている。
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	職員に資格取得を進めたり、母体病院の勉強会に参加してもらい、法人内外への研修参加を促しケア向上に努めている。	
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	グループホーム協会の管理者会議や研修会に参加。沖縄市グループホーム管理者集まりに参加し交流しネットワーク作りやサービス向上に努めている。	
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	アセスメント表から本人の生活歴、背景等の全体像を把握したうえで訴えのある時は受容的対応を心掛け本人のニーズを見つけ出し、安心して過ごせる関係づくりに努めている。	

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	外部評価	
			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	アセスメント作成時に家族より困っている事、要望等について確認しより良いサービス提供に取り組み、家族の方に安心して頂ける関係づくりに努めている。	
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	本人の心身状態を把握した上で、その時々に応じた支援を行い自施設で対応困難な場合は家族・本人の理解を得て、他サービス情報を行い、家族・本人の自己決定権に基づいた支援を行っている。	
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	職員は常に家庭的な雰囲気作りを意識し、会話を尊重しお互い支えあう関係での生活を心掛けている。	
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	家族と職員は常に連携を行い、家族の意向をくみ取りながら時には、家族からの相談を受けながら共に支えていく関係を築いている。	
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	家族より生活歴や趣味等の情報を取り入れ、職員全員で情報を共有し、馴染みの場所へドライブをする外出支援を行っている。	ドライブで利用者が住んでいた自宅や畑など馴染みの場所に出かけている。近所だった人の面会があったり家族の協力の下、行きつけの美容室に通っている。家族から利用者の生活歴を聞き取り、朝食を食べる習慣がなかった利用者へは無理強いせずに、声かけ等で工夫しながら少量ずつ朝食を食べるようになった。

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	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	利用者の過ごし方や他利用者との関係を把握して、趣味の合う同士の活動を取り入れ、互いが交流できるように支援している。	
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	ホーム退去後、家族との関係を継続するために行事への参加をしたり、母体病院への外来受診時に本人の経過状況の情報交換を行い、相談があれば必要な応じた支援を行っている。	
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	日常生活の関わりの中で本人の思いや意向を聞きだし希望の把握に努め、思いが表出できない方は観察記録を通して職員間で対応を話し合い、思いを引き出す支援を行っている。	言葉が発せない利用者に対して、うなずいたり首を振ったりして意思表示ができるように工夫して言葉かけをしている。帰宅要望がある利用者には一緒に事業所周辺を歩きながら思いに寄り添っている。日常生活の一連の流れの中で不穏になる利用者にはタイミングをみて言葉かけをし、不安な気持ちにならないように工夫している。
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	入居前に作成したアセスメント表や家族・本人から得た情報をもとに、本人に合ったサービスを心掛けていえる。	
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	日々、健康状態をチェックし日常生活の関わりの中で個々の心身状態に合った支援を行っている。	

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	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	サービス計画書は、アセスメントや家族からの情報を基に作成し、意向を反映させ定期的な更新時期は自立支援に向けた介護計画書の立案を行っている。	個別の「日常記録」に利用者それぞれの長期目標を記載し職員が意識してケアができるように工夫している。状態の変化が多い利用者についてはケアの方法等を書面にまとめて申し送りファイルに綴り職員に周知している。家族には電話や面会時にアセスメントし、職員のみで担当者会議が開催され、利用者と家族の参加が確認できなかった。	担当者会議への利用者及び家族等の参加が望まれる。また、状態に合わせた介護計画の作成に期待したい。
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	毎日の生活状況や健康状態を個別の介護記録用紙や介護管理日誌に記録し、毎日の申し送りで情報を共有しながら問題点をあげ日々の実践に活かしている。		
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	本人からのニーズに対し、早めの対応を心掛け、母体病院の協力も得ながら本人や家族の要望に応えるようなサービス支援に取り組んでいる。		
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	母体病院や地域自治会との連携、ボランティアの受け入れ等により利用者が安全で安心した暮らしができるように支援している。		
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	母体病院の医師が主治医となっており、定期的な外来受診にて診察を受けており、また緊急時はまず母体病院の診察をうけ、協力病院へ搬送する体制で支援している。	通院受診は家族対応で、家族の希望するかかりつけ医や母体病院を受診し、職員が適宜同行して情報提供を行なっている。母体病院で健康診断も行われ、月2回の訪問看護や週3回のインスリン注射も母体病院の看護師が行なっている。日頃から利用者の健康状況を把握し適切な医療が受けられるよう支援している。	

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	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	母体病院の訪問看護により一人一人の情報報告を行い、体調不良のある利用者を優先的に適切な看護を受けられるように支援している。	
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。	入院中に情報の交換を行い、容態の経過状況の把握に努め、退院後は家族や利用者の要望により再入居の相談も受け入れる支援を行っている。	
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	重度化した場合の対応として母体病院に繋げ、その後の方針を家族・本人の意向を踏まえ医師を交え話し合い医療の整った病院への転院等の方針を立てていく。	看取りはしない方針で重度化や終末期対応も契約時に利用者、家族に説明し理解を得ている。食事が経口摂取できる間は事業所でケア、医療行為に移行時には、家族の希望する医療機関や母体病院に繋げている。急変時は応援ベルで母体病院に繋ぎ医師の判断に委ねている。
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	母体病院の計画している救急法の研修会や実施訓練に参加している。また、事故発生時の方法を職員と共有している。	
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	母体病院の協力にて定期的に消防訓練を実施。スプリンクラーも設置しており避難経路への誘導表示灯及び消火器の設置、火災時における消防署への連絡システムなど協力体制が整っている。	各種災害対応マニュアルを作成し、年2回昼夜想定した自主訓練と消防点検が行われている。協力体制は母体病院が主で利用者情報等は持ち出せるようにしている。備蓄は母体病院で準備している。

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	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
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	理念掲げている「安心と尊厳のある生活」「利用者の残存能力」を職員で共有し実施している。巡視時は居室の観察を小窓から行ったり、プライバシーを損なわない言葉かけに気を付けて対応している。	職員には接遇研修が行われ、日々の生活の中で、利用者の話をしっかり聴く事や残存能力を活かす工夫を心がけている。誇りを損ねない言葉かけや、居室、トイレ、浴室のドア等は閉めて対応している。玄関と居間に防犯カメラを設置し、不法侵入者の発見や夜間時安全面の監視が母体病院の守衛室で行われている。
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	一人一人にあった言葉かけを行い、その中から思いや希望を見出し、話しやすい雰囲気作りを行っている。	
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	状態を見極めた上で、一人一人のペースに合わせたケアを心がけ、希望に添える生活支援を行っている。	
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	家族との外出時は、その方にあった衣服を選択し、また家族により理・美容室での整容支援も行っている。	
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	利用者と職員が同じ食卓に座り、家庭的な雰囲気の中で一緒に会話しながら食べたり、お昼の食事の手伝いやおやつ作りを楽しみながら行っている。	食事は3食、母体病院からの配食で、利用者は盛り付けやおやつ作りに参加している。食事を楽しく美味しく食べる工夫として器を変えて提供したり、利用者が孫のように思う職員が、食欲を促す言葉かけ等で食事を楽しむ雰囲気づくりを作っている。

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	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	食事メニューは母体病院の栄養士によって作成されていて職員は、利用者の食事摂取量の記録を行い、個々の状態把握に努めている。	
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、個々に応じた口腔ケアを実施しており、誤嚥性肺炎予防の為に口腔の清潔保持に努め、本人の力量に合わせた支援を行っている。	
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	個々に合わせた排泄の時間誘導を行い、排泄の習慣化に努め、夜間も排泄パターンを把握してその人に合わせた支援を行っている。	排泄パターンを把握し、筋力低下で動作が難しい方も、できる処は本人で、声かけ等で日中はトイレで排泄できるように取り組んでいる。夜間はオムツ、ポータブル使用やリハビリパンツで対応している。自立している利用者の居室を移動し、夜間帯も職員の見守りの中で安全にトイレで排泄できるようになっている。
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	排泄チェック表にて個々の排便状態を確認し、便秘気味の方は多めの水分補給や腹部のマッサージ、軽い運動を試みている。常時、便秘気味の方は、主治医支持のもと下剤使用の対応を行っている。	
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週3回の入浴サービスを行っているが、体調に合わせて無理強いせず本人のペースに合わせた入浴支援を行っている。	入浴は、週3回午前設定の個浴であるが、利用者の意向や体調にあわせて柔軟に対応している。介助量が多い利用者は職員2名で対応している。好みが入浴セット持参で、直接シャワーをかけるのではなく、大きなタライに湯を入れ、手おけでかけるのが好まれている。脱衣室は扇風機やヒーターで温度調節を行っている。

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	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	睡眠状況を把握し、夜間不眠の方は午前中に休息の対応を行っている。就寝は個々に合った入床を促すが不眠の方には主治医の指示にて眠剤を使用したり本人の寝やすい環境作りを心掛けている。	
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	処方された内容(作用・用法・容量)を確認し、処方内容に変更があった場合は職員間で申し送りし、状態観察を行っている。	服薬支援のためのマニュアルも作成されている。個人ファイルに薬情を綴り、何時でも確認できるようにしている。マニュアルに沿っての薬のセットや与薬時にはダブルチェック、服用するまで確認している。一包化された錠剤の個数を記述して、飲み忘れや誤薬防止に取り組んでいる。
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	個々の生活歴から趣味等のできることを見出し、読書等を日課に取り入れたり、DVD鑑賞やカラオケ・ドライブ・散歩を楽しむ支援を行っている。	
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	慣れ親しんだ場所へのドライブや屋外散歩をして気分転換を図っている。近隣の店へ買い物に出かけたり等の支援を行っている。	利用者の「外に出たい」のニーズに、一日2~3分でも外の空気を吸いに外に出る事を計画に反映し、日常的に玄関先で外気浴している。週1~3回はドライブで利用者の自宅や近くのスーパーに買い物に出かけている。
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	希望があれば能力に応じたお金の自己管理を考えているが、ほとんどの利用者が家族管理であり、できる方は時々、職員と買い物を行っている。	

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項目	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	利用者がいつも自由に電話がかけられるように公衆電話を設置しており、電話の掛け方等が充分にできない方は職員が支援を行っている。	
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	居間の、窓から季節の花々を眺めたり、照明等も落ち着ける空間作りに努めている。台所は清潔保持を心掛け、トイレ・浴室はプライバシーの配慮を心掛けている。	食事や日々の活動で利用者が集う居間は広く、庭につながっている大きな窓で庭の緑が眺められる。居間には車いすでも座りやすいテーブルやソファ、リクライニングチェアや畳間がありテレビを視たり庭を眺める事ができる。利用者の役割の一つである洗濯たみでソファを活用している。カレンダーを2か所に飾り、日にちが確認出来るようにしている。
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	リビングにて好きなテレビやDVD鑑賞が楽しめ、庭で茶話会を行ったり、またリクライニングチェアで新聞を読んだり個々にくつろげる居場所作りを心掛けている。	
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	各部屋が8畳の広さがあり、ゆったりと過ごせる空間になっている。居室には家族写真を飾ったりと居心地良く過ごせる工夫を心掛けている。	電動ベッド、クローゼット、カウンターが各居室に備え付けられ、居室への持ち込みについては契約時に説明し、テレビや写真等が持ち込まれ、壁には写真や作品等が飾られている。排泄が自立している利用者の夜間帯の見守り強化の為、利用者と家族に了解を得て居室移動を行う際も、前居室と同じ並びや窓から見える景色に配慮し居心地よく過ごせるよう工夫している。
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	建物内部は利用者が安全で自立した生活が送れるようにバリアフリーになっており、廊下・浴室・トイレには手すりが取り付けられ、個々の力量を把握し安全で、できるだけ自立した生活が送れる環境作りを行っている。	

## 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	26	担当者会議への利用者及び家族等の参加が望まれる。また、状態に合わせた介護計画の作成に期待したい。	利用者の状態に変化が生じた際は、速やかに状態に合わせた介護計画書作成する。担当者会議開催時には、利用者・家族参加してもらい情報を共有していく。	介護計画作成時・変更時は利用者、家族も参加し担当者会議を開催していく。	6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。