

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	4795400078		
法人名	株式会社 ケアサービス豊見		
事業所名	グループ チャ〜がんじゅう		
所在地	沖縄県豊見城市字与根217番地2		
自己評価作成日	平成30年3月19日	評価結果市町村受理日	平成30年 10月 1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_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=4795400078-00&PrefCd=47&VersionCd=022
----------	---

【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 3月 28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)】

施設は開設して2年5か月ほど経過しているが居室、共用空間、備品など清潔感があり明るい。体操やレクリエーションも施設での生活にうまく取り入れ、利用者1人1人が自由にのんびり生活できる、落ち着いた環境のグループホームであります。食事は3食調理担当職員が家庭的食事を提供、季節行事、節句等には特別な料理を提供している。医療連携において訪問看護ステーションと連携24時間専門の訪問看護師からのアドバイス、処置が受けられる体制を築いている。又必要であれば訪問歯科の診療も受けられる。
--

【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にあり、自治会には加入してはいないものの、根地域青年会主催の相撲大会への協賛の寄付を行ったり、開放的な雰囲気地域住民の方が立ち寄りやすく差し入れを頂いたりして馴染みの関係となっている。また、利用者の入居前からの馴染みの方の訪問も頻繁にある。食事は3食とも事業所で調理し一人ひとりにあった形状に対応し、メニューにも工夫がみられる。差し入れや庭の畑で収穫した野菜を使ったり、たくさん生ったバナナはおやつにしている。花壇や畑が居間の大きな窓から眺めることができ、季節を感じることができる。24時間対応の訪問看護ステーションと医療連携が取れているため、利用者や家族から安心できるとの声がある。
--

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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある			○	2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが				3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				4. 全くいない
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	66	職員は、活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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				4. ほとんどできていない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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	一日3回管理者、職員で申し送り時に理念を唱和している	グループホーム開設時に作った独自の理念を継続している。職員が共有できるよう、申し送り時に唱和している。職員全員が同じ方向に向かえるよう、基本方針と理念「何事にも感謝」を心掛け支援している。		
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	自治会へ加入はまだであるが、与根地域青年会主催の相撲大会への協賛の寄付を行った。また地域住民の方よりバナナ、ホウレンソウ、ニラなどの差し入れを頂いたりした	地域の方から野菜の差し入れがあったり、野菜の栽培について教えてもらっている。認知症カフェや認知症サポーター養成講座、笑いヨガなど実施する準備を行っている。地域に密着した事業所となるように交流を深めている。		
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	運営推進会議を通して参加された家族や面会に来られた家族へは積極的にこなっているが、地域の方へは一部の方には行っていない。			
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	利用者はきょくりよく参加を促すようにしている。事故報告、苦情報告の対策についても話し合いをこなっている。	運営推進会議は、本人、家族、市包括センター、民生委員が参加し年6回開催されている。会議は、事業所の状況報告、ヒヤリハットや事故報告を行っている。議事録は次回手渡し、玄関へファイリングして公表している。		
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に取り組んでいる	市町村担当者とは電話、メール、ファックス、郵便だけでなく関連する部署を直接訪れ相談、指導頂いている。	市担当者とは窓口に出向く際、相談や情報収集している。研修会の案内等は、メールやFAX、郵送で受けている。オレンジカフェの立ち上げから一緒にかかわっている。		

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
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	身体拘束に関しては契約時と必要時に家族へ説明している(緊急やむえない身体拘束に関する説明書を作成し利用者、家族の確認署名を頂いている)緊急やむを得ない身体拘束に関する経過観察・再検討記録を残している	身体拘束ゼロ宣言を掲げ、マニュアル整備し、入居前と必要時に本人と家族に説明、同意を得ている。緊急止むを得ない場合の「身体拘束に関する経過観察・再検討記録」をとっている。	
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	役員が利用者に対して暴言をあげているとの苦情の相談が市役所に寄せられた時に役員、管理者、職員で言葉による虐待が行われていないかを確認しあった。利用者の呼び方についても呼び捨てにしていないかを注意しあった。	利用者に話しかける際、尊厳をもった呼び名や言葉遣いを行っているか、管理者と職員同士で確認し注意している。地域に開けた事業所を目指しが虐待防止に努めている。	
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	管理者は認知症リーダー研修にて権利擁護に関する制度を理解し成年後見制度についても学ぶ機会を得ている		
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	入所契約時、重要事項説明書・契約書を読み上げ説明を行っている。		
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	面会時に意見を頂いている、又定期的な病院受診等で健康管理をおこない、受診後外食して頂く場合もある。運営推進会議に於いて意見を反映させている。	家族からの意見は、面会時や担当者会議で聞き、レクを増やして欲しいや、外食をさせて欲しいなどの意見があり、個別対応している。利用者からは日ごろの会話の中から聞きだし、出来る限り希望に沿うように支援している。	

自己評価および外部評価結果

自己	外部	項 目	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	毎月のミーティングや緊急会議、申し送り、利用者を出ての昼食時に職員と話をし意見を聞いている。	職員からは毎月のミーティングで話し合いや面談時に意見を聞くようにしている。人手不足なこともあり、業務改善や職員からの提案や意見が反映されないこともある。	職員の意見が反映できるようにミーティングの持ち方や意見が出やすくなるような工夫が望まれる。
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	職員が常にやりがいをもてるように適正な労働時間を順守各々が趣味(三味線、スイミング等)の時間に供する事ができるよう勤務表に反映させている。	職員がやりがいを持って適材適所で業務が出来るよう、勤務時間に反映させている。得意なこと、好きなことを利用者と一緒に行えるようにしている。	
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	認知症サポーターキャラバンへの参加、認知症実践者研修、認知症リーダー研修の受講。		
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	同業者施設訪問による情報交換、グループホーム連絡会への参加、自治体主催多職種参加の意見交換会への参加。		
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	入所前に管理者・計画作成担当者による本人・家族へ面談し本人の考え・不安・希望を聞き安心頂けるように努めている。		

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
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	入所相談時より家族と話し合う時間を作り、要望、希望等を聞き対応している。		
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	他の介護保険サービスが本人に合っているのか十分検討し、対応している(特養、老健等の説明)		
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	介護するだけでなく、出来るだけの能力を引き出せるようにしている(洗濯物たたみ、野菜の刻み等)		
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	病院受診後の帰り、レストランでの食事やドライブ		
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	常に面会に来た方にお茶、お菓子類は常備し提供出来るようにしている。職員も電話対応に注意し来所の方にも配慮している。	家族や友人が定期的に面会に訪れてくれる。自宅を覚えている方の兄弟が自宅へ帰る支援を行っている。家族と一緒に入居前からの馴染みに美容室に通う方や、法事等へ参加でき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	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	利用者同士の相性を考慮しホールでの配置を行っている。職員は状況に応じ利用者が孤立しないように努めている。		
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	退所時には利用者に合った介護サービス、施設の紹介をし、退所後家族からの相談があれば対応し、必要であればこちらアドバイスを行っている。		
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	入所後、本人を観察し、対話・入所前の生活慣習・生活履歴・病歴から職員で話し合い本人の意向・希望に添えるようにしている。	対話ができる方からは、出来るだけ話を聞いて聞き出すようにしている。意志の疎通が難しい方は表情やしぐさからくみ取ったり、家族や友人から情報を得て、好きな音楽を掛けたり、自宅へ帰る支援も行っている。YES、NOで対話できるかたもいる。	
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	入所前に本人・家族に面会し状況を把握し、これまでに他の介護サービスを利用していた場合は担当していたケアマネジャー等より情報提供を受ける		
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	管理者を含め職員で状態観察した事を話し合い本人の心身状態等を把握する様にしている。		

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
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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	家族・職員で必要時に会議を持ち計画変更等に活かしている。	基本的に介護計画は、更新時の6ヶ月に1回見直しをし、状態変化に応じ見直している。担当制で毎月モニタリングをして、担当からケアマネに意見を提出し利用者、家族の意見も取り入れ計画している。計画に沿った実施記録など確認できなかった。	本人、家族、担当者の意見などを記録に残し、介護プランに沿った実施記録を今後の介護計画に反映させることが望まれる。
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	各個人の日々の様子を記録した介護日誌・情報共有ノートを活用し、個人の体調や心身の変化について十分に検討し必要に応じ介護計画の見直しをしている。		
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	急な病院受診が想定された場合で家族が対応出来ない状況にあっても、訪問看護ステーションと連携し支援を行っている。		
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	現役時代の嗜好を楽しみたいという環境を支援している。		
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	毎日の状態を記録し、かかりつけ医に報告出来る様になっている。緊急時は電話で医師に相談し必要であれば病院受診し対応している。	かかりつけ医や他科受診は、家族や職員が対応し継続している。受診時の情報提供は口頭で行い、医療機関からは書面にて受診後の情報ももらっている。訪問診療も週1回来てくれている。	

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
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	毎日の状態を把握し、訪問看護師には少しの変化でも電話による報告を行っている。又週1回の訪問の際には利用者全員が適切な処置や看護が受けられる様に支援している。		
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。	お互い情報を提供し合い電話や面会等で現在の状態を把握し、出来るだけ早期に退院できるように情報交換、相談を行っている。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	入居契約時に事業所での対応を家族に説明し、重度化した場合の家族の希望を記録しておき、医療機関、かかりつけ医、訪問看護ステーション、本人・家族とで方針を共有している。	重度化や終末期に向けた方針については、契約時に家族等に説明しているが明文化されていない。訪問看護や、かかりつけ医との協力体制は出来ている。	現在、対象者はまだいないが重度化対応や終末期ケア対応指針を早めに作成することが望まれる。
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	利用者が急変した場合の対応についての取決めは予め行っている。話し合いは急変が予想される利用者の場合に行っている。		
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	年2回、消防計画に基づき行っている。	地域参加、備蓄は三日分準備してほしい災害対策のマニュアルや備蓄を最低3日分は準備したい。 水害・土砂災害への説明会にも管理者が参加し、応急法の初級を職員が講習を受けている。 夜間想定で	

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	個々の人格をふまえ、入浴・排泄時には他の利用者に配慮しつつ声掛け介助を行っている。皮膚の観察・入浴後の水分補給を心懸けている。喫煙習慣のある利用者にはタバコの本数を、天候に合わせて場所を限定して、喫煙を支援している。	入浴や排泄つ介助は同性介助を基本としている。喫煙習慣がある利用者は、出来る限り本数を減らし場所を限定して支援している。利用者を尊重した言葉遣いを心掛け、自尊心を傷つけないよう、丁寧に対応するよう心掛けている。		
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	本人がしたい事は自分で出来る様普段の会話より働きかけている。(塗り絵を好んでやりたい方には率先してやってもらっている)			
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	利用者が自分のペースで行動される事を尊重している、朝起床時、昼食後昼寝時、なるべくその人の起きたい時間に合わせて行動してもらっている。レクリエーションの参加、テレビ観覧は本人の意思を優先している。			
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	利用者の散髪、整髪、白髪染めの支援、衣類の選別の支援。			
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	利用者の嗜好を考え季節、行事、お正月、誕生日等にあわせてメニュー作りを行い、利用者に野菜切り、食器洗い等出来る事はして頂いている。	職員が季節や利用者の好みを取り入れメニューを作り、地域の方からの差し入れや菜園でとれた野菜も使い3食とも事業所で調理している。利用者が野菜の下ごしらえや味見を職員と一緒にやっている。		

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	食事の量は個人各々に合わせ提供し、形態も個人に合わせている。水分量についても一人一人の健康状態に合わせて補給出来る様支援している。		
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	入れ歯洗浄・歯磨き等は個人に合わせた口腔ケアを自分で出来る限りして頂き、出来ない方は職員が行っている。歯の治療が必要な方は訪問歯科による診療、治療が行われている。		
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	個人の状況を見てトイレ誘導を行っている。なるべく自力での排泄を促し、清潔を維持するため排泄介助を最小限行います。	排泄チェック表でパターンを把握し、時間を決め定期的に声掛けし、日中はトイレで排泄できるよう支援している。夜間は紙オムツやパットで対応している方もいる。	
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	排便状況を把握し水分摂取の励行。		
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	入浴は基本週3回であるが、利用者の健康状態に合わせて下痢症状が続いていたり、失禁したりした場合はその都度清潔を維持するため入浴をしていただく場合がある。	基本は週3回午前中と決めているが、状態や清潔を保つため必要に応じて入浴している。入浴を拒否される方はなく、歌いながら楽しんで入浴している。脱衣所は広く冷暖房が完備され、着替えの服は利用者が選んでいる。	

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
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	その日の利用者の体調に合わせた支援を行っている。朝起床時、昼寝したい時、夜間就寝するの本人の意思にまかせている。		
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	病院受診時に管理者が付き添い薬について説明を受け処方箋を貰い薬を受け取り持ち帰り職員全員で内容の確認している。	管理者が薬についての説明を受け、処方箋を元に職員全員で処方薬の内容を確認している。夜勤が薬のセットを行い、服薬時は本人確認を声を出して行い服薬している。	
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	カラオケを使っの発声練習、DVDを使っの体操、暗算問題、塗り絵等を楽しんでいたっている。		
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	気候、天気を考慮し定期的にドライブやアトラクション見学、利用者・家族・職員でのビフエスタイルの食事会	日常的に近隣の公園まで散歩に出かけたり、遠出の外出も計画を立てているが記録に残されていないため、計画のみえる記録を残すことが望まれる。全員が無理な場合は個別対応で外出支援を行っている。	遠出の外出外出支援を行って、いるので、記録として残すことが望まれる。
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	お金は施設では管理しないので、支援出来ない。		

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
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	利用者から希望があればすぐに家族・職員間で必要時に連絡とれる様にしている。		
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	居室、共有の空間は職員が毎日清掃し清潔さを保っている。テーブルやソファ、キッチンカウンターもアルコールによる消毒を行っている。建物はガラス窓が大きく採光が取りこみやすく明るい。	リビングの大きな窓からは明るい陽射しと、緑豊かな庭や畑が見え季節を肌で感じられる。。テーブル席やソファなど好みの場所で過ごし、朝は音楽をかけたり、昼間はカラオケを楽しんだりしている。 庭の畑では草むしりをしたり、バナナがたくさん採れたのでおやつに食べている。	
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	ホールは玄関の自動ドアより居室前廊下を一直線に歩行することが可能、テレビ前に誰でも利用できるソファを2脚配置している。居室の出入りも自由である。		
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	各居室には介護用電動3モーターベット、冷暖房機が設置されている、利用者はご自身で寝具類、収納ケースを持ちこんで頂いている。	各居室はベットや冷暖房が備え付けられ、使い慣れたタンスやテレビ鉢植えなどを持ち込み、その人らしい空間を作っている。高価な物や仏壇は持ち込めないことになっている。	
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	利用者の方が安全に移動できるように空間を確保、居室、共有はバリアフリーで手すりでの移動も可能、車イスも配置している。		

目標達成計画

作成日：平成30年06月27日

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	本人、家族、担当者の意見などを記録に残し、介護プランにそった実施記録を今後の介護計画に反映させることが望まれる	・モニタリング再アセスメント時に「パターンシート」を活用する	・パターンシートの作成	12ヶ月
2	33	重度化対応や終末期ケア対応指針を早めに作成することが望まれる。	・終末期のあり方について事業所方針を定める指針に沿って活用していく	・終末期ケア対応指針作成	12ヶ月
3	11	職員の意見が反映できるようにミーティングの持ち方や意見が出やすくなるような工夫が望まれる。	・全員参加のミーティングを開く(文書での参加)可	・ミーティング以前にテーマについて職員全員に伝える	12ヶ月
4	49	遠出の外出、外出支援を行っているので記録として残すことが望まれる。	・記録表を作成する	・月刊計画表及び報告書を作成する	12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。