

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	4770800375		
法人名	医療法人太陽会		
事業所名	グループホームていだの家なかにし		
所在地	浦添市仲西3丁目9番11号		
自己評価作成日	平成29年8月3日	評価結果市町村受理日	平成29年11月16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&JizyosyoCd=4770800375-00&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29年 8月 23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)】

家庭的環境の中で入居者がその人らしく今までの生活が継続できるように取り組んでいる。母体法人の医院(利用者の主治医、看護師)や他医療機関と医療連携を図りながら、日常的な健康管理や状態変化時の迅速な対応、家族や関係機関への報告を行い安心して生活に努めている。申し送りやミーティングで情報を共有し、研修に参加して知識や技術、事業所全体のスキルアップ、サービス向上に努めている。
 地域の一員として加入している自治会の主催するイベントに参加し地域交流を図り、行事や消防訓練で連携を図っている。
 同法人のグループホームとの交流したり、一緒にイベントに参加したり活動の幅が広がった。

【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)】

事業所の母体である法人医療機関との連携をとり、利用者が安心して暮らすことができるよう様々な工夫をしている。
 自治会に加入し地域にも積極的に参加できるようにしている。
 地域の公園で健康づくりを行う利用者や運営推進会議や連絡会など会議の場で、医療機関、行政や他のグループホームと情報交換や相談などディスカッションの機会を活用している。
 利用者の個性を尊重し、ベテラン職員の観察力を活かした利用者支援を行っている。利用者の家族と信頼関係を築くためスマートフォンや携帯電話のメールやラインを利用して家族とのコミュニケーションをとっている。

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	ていだの家なかにしの理念を毎週火曜日に職員全員で唱和をおこない、理念を理解し、利用者それぞれの生活スタイルで過ごすことが出来るような雰囲気作りに取り組んでいる。	職員は利用者の個性や生活歴を理解することで、ありのままを受け入れ、利用者個々の毎日の生活リズムを保つことができるよう理念に基づくケアを心掛けている。また、家族との信頼関係の構築を心掛けている。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	利用者と近所のスーパーまで買い物や、近所の自治会へ毎月の自治会費を納めに散歩を兼ねて行ったり、地域の行事に参加し交流できる機会を少しでも多くできるように取り組んでおります。	利用者は週1回程度雑貨やおやつの購入に近隣スーパーへ出かけている。利用者と近隣の団地で行われる野菜販売所へも買い物に行ったり、公園で健康づくりをしている。地域に積極的に参加できるよう自治会へ加入し、地域の行事などに積極的に参加している。	施設1階のリビングを利用して地元小学生との交流の場、認知症カフェの開催など地域交流室としての利用を期待したい。
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	実習の場として専門学校からの実習生や地域密着型事業所開設者研修の実習生を受け入れている。		
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	2ヶ月に1回開催している運営推進会議では活動内容や事故報告、ヒヤリハット、などを報告し多職種で構成されている委員の方々からの意見や提案などを受けてサービスの向上や活動内容に反映させている。	運営推進会議では2か月間に行った行事の内容、ヒヤリハット、事故報告、ケアの報告のほかにケアに関する事例についてディスカッションをしている。運営推進委員(利用者、家族、医療法人、行政、自治会)の情報交換の場として活用している。	
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	電話、FAX、メール、訪問で情報提供を受けたり、介護事故発生時の報告を行い助言を受けたり、相談内容について事実確認問い合わせを受けている。浦添市地域密着型事業所連絡会でも連携して協力関係を構築している。	週1回程度行政の窓口を訪問し、介護手続きや相談をし、助言を受けている。行政より研修会等の案内があり必要に応じて参加している。行政と施設の連携はスムーズに行われている。	

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
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	身体拘束ゼロへの手引きを活用して『身体拘束の対象となる具体的な行為』の職員への共通理解を図り、身体拘束ゼロに取り組んでいる。また入居時に本人、家族へ身体拘束についての説明をおこなっている。	新聞、ニュースで身体拘束に関する気になる話題や日常のケアで内容に疑問を感じる事例については、その都度管理者と職員は話し合いをし、共通認識を持つように努めている。	
7	(6)	○虐待の防止の徹底 代表者及び全ての職員が「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	実際にあった虐待の事例を情報共有し、虐待についての研修に参加をし、虐待行為や種類を学ぶことで職員の虐待に対する意識を高め虐待防止に努めています。	職員は日頃テレビや新聞などの虐待に関するニュース等を雑談のなかから、虐待にあたる行為なのか否かの意見を話し合い確認している。職員の配置は、利用者と職員の相性を配慮し、双方の負担とならないようにしている。	
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	ミーティングでパンフレットや資料を活用して日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、制度について周知を図り、家族にも制度について説明をおこなっている。		
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	落ち着いた環境の中で、ゆっくりわかりやすく丁寧に説明している。説明について質問を確認し、納得の上で同意を得ている。また、いつでも内容について確認できるように伝えている。		
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	利用者の意見は生活の中で確認し、家族へは電話やメールでの連絡や面会時に話しやすい雰囲気作りをしている。グループホームに意見箱を設置しており。法人にも相談窓口があり、家族が法人の相談窓口で相談した内容をサービスに反映させている。	利用者からの意見は日常のしぐさや表情から確認している。家族とメールやラインで日々の様子を伝え、その返信や来所時に聞き取った意見や要望を運営へ反映している。	

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	日々の業務を行っていく中で問題点や新たな取り組みなど、職員からの意見や提案できる月1回の定例ミーティングを行い、職員間でしっかり議論し結論を出して実践できるような環境作りに取り組んでいます。	月1回定例ミーティングの議題は事前に職員から意見を集約して議題としている。対応が困難な事例については管理者と職員で対応を検討し、問題点の解決へつながるようにしている。	
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	代表者は定期的な訪問診療や状態変化時、行事開催時にグループホームに伺い、各職種の業務体制や状況を把握し、積極的に働きやすい職場環境の整備に努めている。	法人の医療機関代表者はスタッフからのケアに関する相談や協力依頼へ対応し働きやすい職場環境の維持に努めている。職員はアンガーマネジメント研修に参加し、日常の業務で活用できている。日々の業務のなかで得意なことを担当としてスタッフが役割分担して働けるよう工夫をしている。	
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	代表者は職員の質の確保や向上に向けた育成を理解し、積極的に研修に参加させたり、グループホームや法人に外部講師を招いて全体研修を開催している。研修後は資料が閲覧できて研修に参加していない職員も研修内容を共有できるようにしている。		
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	沖縄県グループホーム連絡会や浦添市グループホーム連絡会、浦添市地域密着型事業所が参加して情報共有、課題解決を図りながらサービスの向上に努めている。		
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	入居前の面談では利用者本人または(家族代弁)により要望や困っていること、不安なことや今までの生活状況を聞き取り安心して生活できるよう各利用者合わせた関係作りに取り組んでいる。		

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
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	事前面談で家族より要望や困っていること、不安なことや今までの生活状況を聞き取り、グループホームや法人として取り組めることを話し合いながら家族との信頼関係作りに取り組んでいる。		
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	入居前に面談やサービス担当者会議で本人を家族が今、必要としているサービスを見極めて検討事項や課題として他サービスも含めた対応もできることを確認している。		
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	職員は利用者と共に同じ場所で同じ時間を過ごす中で一緒に笑ったり、楽しみ、誕生日を共に祝う、同じ物を食べるなど喜びを分かち合いながら支え合う関係を築いている。		
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	面会時や必要なときに家族に連絡を取り合い、日々の状態報告や介護記録の閲覧、相談を受け、信頼関係を築きながら入居利用者を職員、家族共に支えている。		
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	これまでの馴染みの人との関係を継続していけるように清明祭、お盆、正月など、その他の行事時に自宅への外出または外泊などをしたり、グループホームへ面会にきて頂いたり馴染みの美容室で散髪したり、これまでの関係が途切れることのないよう支援に努めている。	利用者は自治会の敬老会へ参加し知人と再会したり県外の家族と電話で話をしたり交流を続けるよう努めている。利用者の知人が年に1～2回訪問することもある。活動的な利用者は馴染みの地域の公園を利用して健康維持をしている。	

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	余暇時間や食事、おやつの時間など、利用者同士で楽しく交流ができるよう職員も一緒になって会話を楽しんだり、席配置を移動して調整役を行っている。		
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	退所後も電話や面談で関係機関と相談をして必要に応じて支援を断ち切らない関係作りに取り組んでいる。退所して入居者の家族からの電話で相談をうけて支援に努めている。		
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	入居前の面談で利用者の意向(家族の代弁等)を把握し入居後に利用者との関わりの中から話す内容や行動から、希望や意向の把握に努め家族からも面会時や電話やラインにて情報や意向を確認している。	利用者や家族から意向を聞き取り、意向に沿ったケアを行っている。意思の表出が困難な利用者には職員との長年のつきあいによりしぐさや表情から意向をくみ取っている。	
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	入居までの生活歴や既往歴、サービス利用状況などを入居者や家族から聞き取り、職員間で情報を共有し普段の会話などから出身地の話をしたり、コミュニケーションを図っている。		
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	生活リズムや本人の有する能力を見極め、日々の心身状態を職員間で申し送りを通して情報共有を図り現状の把握に努めている。		

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
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	利用者、家族より意向を聞き、サービス担当者会議やミーティングで出た内容や意見を反映して現状に即した介護計画を作成、各利用者でファイルし、職員全員が共有できるようになっている。	日頃のケアのなかでの気づきや、声掛けでの成功例等はミーティングで職員間で共有し、計画にも反映されている。職員は共通認識を持ちケアの実践にいかされている。	
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	日々の様子やケアの実践、気づきや工夫を介護記録や申し送り用紙に記入し、回覧者はチェックを行い全職員で情報を共有して介護計画の見直しに活かしている。		
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	家族との連携を密にしながら、急な状態変化に伴う受診や急な外出や時間調整など柔軟に対応して利用者に合わせた生活サービスの多様化に取り組んでいます。		
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	加入している自治会や近隣住民、広報うらそえから地域資源について情報を把握し、利用者に合わせた地域資源が活用できるように取り組んでいる。		
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	利用者、家族希望の主治医による月2回の訪問診療、状態変化時に医療連携を図り必要に応じて外来受診や他科紹介受診、その際の送迎や家族対応が難しい場合の付き添いの支援をしている。	本人家族と相談のうえで希望するかかりつけ医を利用している。協力医をかかりつけ医に変更した方は月に2度の訪問診療を受けている。定期受診は家族対応を基本としている。職員が送迎支援を行うときもある。診療後は即日職員へ周知情報共有している。事業所母体が医療法人ということもあり緊急時の医療連携体制が確立されている。	

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
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	状態変化やいつもと状態が違うとき、24時間体制で看護師に状態報告したり、主治医を通して指示を受けている。週1回の定期的な看護師訪問で健康チェックを実施したり医療連携を図っている。		
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。	利用者が入院した場合、病棟職員や相談員と入院前の情報提供を行ったり定期的な面会や家族とともにカンファレンスに参加して状況把握に努めている。		
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	重度化対策指針を作成し、入居前に利用者、家族へ重度化や状態変化した場合の終末期について説明を行っている。また入居ごの状態変化時に家族へ主治医も交えて意向を確認している。今後は終末期まで支援できる取り組みが必要だが職員の体制が整っていない。	重度化した場合や終末期のあり方については文書化されていない。入居時に本人・家族に口頭で説明を行い希望を聴取している。現在看取りの対象者はいないが、今後希望があれば、職員研修で看取りや終末期に関する教育に取り組み、事業所での看取りの実施の意向がある。	重度化終末期(看取り)についての方針・指針の文書化、終末期ケアへの利用者と家族の意向を確認するための様式を作成し、文書として記録を残しておくようにする。
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を作成し、ケースを想定して職員間で話し合い、内容を確認している。早朝に利用者が急変したことがあり救急要請をした事例がありました。		
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	昼間、火災を想定した通報・避難・消火訓練を利用者、地域住民や自治会も協力して行い利用者が安全に避難できるように協力体制を築いている。また火災以外の災害も想定して食糧や備品を備蓄している。	昼夜想定避難訓練を年2回行っている。訓練は地域住民の参加も得られ、訓練時の役割分担等の協力体制が構築されている。当日参加できなかった職員も一目で理解できるような実施記録が詳細に記されている。様々な災害を想定し食料は3日分・備品等を整備している	

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
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	認知症介護に求められている尊厳を常に意識して丁寧にゆっくり、わかりやすい言葉使いで対応しています。入浴介助や排泄時はプライバシーが保たれるようドア、カーテンを閉め、肌の露出を抑えたり、排泄時は声かけの大きさを小さくしている。	事業所の理念に謳われている「ありのままを受け入れて」を職員間で共有し、利用者の尊重を意識したケアの実践に努めている。申し送り時は利用者の名前ではなく番号で伝える等、プライバシーに配慮をしている。	
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現したり、自己決定できるように働きかけている	利用者が着替え時に着たい服を選んだり、今までの習慣の飲み物を飲んだり、買い物で自分の欲しい物を購入したり、職員からの声掛けにて希望が伝わりやすい環境を整えている。		
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	大まかな1日の流れはあるが、その流れの時間通りの生活ではなく、それぞれ利用者のペースで食事時間をずらしたりベッドで休んだり外出をしたり、希望に沿ったその人らしい生活を送っている。		
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	入居前から着ている愛着のある衣類を着たり、ネックレスやブレスレットをつけておしゃれを楽しんだり、外出時は外行きの服を着て身だしなみを整えている。美容室や理容室でカットをした後は職員から髪型の声掛けをし、喜んだ表情を見せている。		
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	食事は介助や見守りをしながら利用者へメニューを説明しながら食事の楽しみにつなげている。また食後は利用者と職員と一緒に食器の片付けやテーブルを拭いたりしている。職員と同行し食事の受取りも行っている。	朝食は事業所で作り、昼食・夕食は法人からの配食を利用している。職員はそれぞれ準備したお弁当で利用者とテーブルを囲み、談話をしながら食事を摂っている。朝食は、法人作成のメニューを参考に、利用者の好みもとりいれながら職員が調理している。週に1度パン食の日を設け、食事が楽しみになるよう支援をしている。	

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	利用者の状態に合わせた食事形態や減塩食で栄養バランスを調整し、食事量や水分量を記録している。食事量や栄養を主治医にも相談しながら家族が補助食品を持参している。		
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に、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	利用者の口腔内の状態に合わせて毎食後歯ブラシ、口腔ティッシュ、口腔用スポンジを使用し、仕上げ介助や全介助を行っている。入れ歯は夜間にポリドント洗浄を行い清潔を保っている。		
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	尿意、便意のない利用者はトイレ排泄記録から排泄パターンを把握し一緒に時間を確認してトイレへ誘導している。 排泄の失敗などあった場合はさり気なくトイレ、または自室へ誘導し洗浄または清拭にて清潔保持をして更衣を行っている。	一人ひとりの排泄パターンを把握し排泄チェック表を用いてトイレでの排泄支援を行っている。意思の表出が難しい方は、その方の排泄サインを観察している。サインは職員間で共有し、統一ケアに努めている。	
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	排泄記録表で排便パターンを把握し、下剤は利用者の排便状態に合わせて調整服用している。また下剤一覧表を作成し医療連携を図りながらベッドからの離床で座位保持や腹筋運動を行い便秘予防に努めている。		
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、その日の心身状況で入浴順番を入れ替えたり、後から入りたいと時間を希望する利用者に合わせて柔軟に対応している。浴室前に職員が書いた絵を設置し、入浴を楽しめる環境を作っている。	週に3回、曜日を設定しているが、入浴の時間帯は本人の希望や体調を考慮し調整を行っている。個浴で石鹸やシャンプーは本人の希望する物を使用している。現在はシャワー浴のみだが、ニーズに幅広く対応できるよう浴槽の設置を検討している。	

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
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	日中の活動を促し、生活のリズムにメリハリをつけるよう努めている。利用者の生活習慣に合わせて毎日、昼寝をしたり、その日の状態で横になったりしている。睡眠状態を把握して医療連携を図りながら眠剤を服用している。		
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	薬ファイルを作成し、使用している薬の内容を把握し薬変更時は記入して変更に伴う状態変化の確認に努めている。利用者に合わせた服用方法で服用しやすい工夫をしている。	職員が勤務時間帯ごとに与薬、与薬セットの準備を分担し、二重三重にチェックすることにより誤薬を防止している。利用者の体調や様子を観察し、服薬が確実に行われるようにして工夫している。薬の副作用や効能等理解を深めるため、専用ファイルを作成し、職員間で共有している。	
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	利用者の生活歴や利用者のできることを生活の中に取り入れて、植木の水かけや好きなレク、余暇時間を過ごしたり外出を行い喜びや楽しみを分かち合っている。		
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	近所を散歩したり、買い物希望の利用者と近隣のお店に買い物に行ったり、外食する機会を設けて本人が食べたいものを食べさせてあげられるよう個別で支援している。また、家族の協力も得て遠方への外出も行っている。	利用者は日常的に近隣の公園への散歩を楽しんだり、ドライブや買い物に出掛ける等外出を楽しんでいる。地域行事の参加や、「おもいで巡り」と称し利用者の思い出をたどる個別支援も行っている。	
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	少額を利用者が所持したり、家族から預かり、本人嗜好の食べ物や飲み物、衣類などを買い物したり、カット希望があるときに外出して金銭の支払いなど社会活動の継続につなげている。		

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	定期的に県外に住んでいる孫からグループホームに電話があり、子機を使用して自室やホールでゆっくり会話を楽しんでいる。 また、県外に住んでいる友人から手紙や年賀状を受取り喜んでます。		
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	適度な光や温度、空気の入替え、壁に利用者、職員共同作品を飾ったり、テレビや音楽の音量調整し、植物を置いたりバリアフリーや手すりを設置し、家庭的環境の中で心地よく安心して生活できるようにしている。	居室は1階と2階にあり、浴室は1階、食事は2階のフロアを利用している。利用者はエレベーターを使い自由に行き来している。1階フロアはキッチンもあり、地域との交流の場として利用できるような多目的な空間となっている。	
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	2階にある食堂とホールは同一場所であり、全体的に視界に入りやすく、1階のホールを活用して家族が面会に来たときにくつろげるスペースを確保している。話やすい利用者どうしを隣席したり、食事時間をずらしたりしてひとりでゆったり食堂で食事をしている。		
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	自宅で使用していた愛着のある家具やラジオ、仏具などを入居時に持参したり、家族写真を壁に掛けたり、命名を飾ったり、孫が掲載された新聞記事を壁に貼ったり、居心地よく過ごせるようにしている。	居室は、利用者が使い慣れた物やお気に入りの物を持ち込んでもらい、制限はしていない。本人・家族と相談をし、好みに合わせた配置を行っている。仏具セットをタンスの上に置いてお供えをしたり、大型の仏壇を置いている方もいる。趣味の針仕事を継続していて、居室ですそ上げやバック作り等趣味を楽しまれている方もいる。	
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	移動がしやすいように建物内をバリアフリーや手すり設置して車椅子や歩行での移動が安全に行えるようにしている。杖を使用する利用者にホールの椅子や洗面台に杖置きを設置して杖が安全に収納できている。		

目標達成計画

作成日:平成 29年 10月 12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	2	施設1階のリビングを利用して地元小学生との交流の場、認知症カフェの開催など期待したい。	殆どの活動の場が2階であり、1階スペースが空いている状況で認知症カフェ開催は難しく地域交流の場としての活用をしていきたいと思えます。	12月から踊り(民舞)の得意なスタッフを中心に地域住民を招き民舞の教室を開きつきで開催出来るよう取り組んでいく。また地元小学生を招き本の読み聞かせや職場体験など受け入れ体制を整え取り組んでいく。	6ヶ月
2	14	重度化終末期(看取り)についての方針・指針の文書化、週末ケアの利用者と家族の意向を確認する為の様式を作成し、文書として記録を残しておくようにする。	看取りに関する資料を作成し、研修等にも参加しながら見取りに対する共通認識が持てるようになる。	担当者会議の場を利用し終末期に対する説明や、ご本人・ご家族の意向確認し文書として記録を残していくよう取り組んでいく。施設内、外でも看取りに関して研修を増やしていく。	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、行を挿入して下さい。