

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	4790300018		
法人名	有限会社 介護サービスセンター前原		
事業所名	グループホーム 喜楽		
所在地	うるま市安慶名362番地11		
自己評価作成日	令和元年 月 日	評価結果市町村受理日	令和1年10月30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.kaijokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_022_kani=true&JigvossyCd=4790300018-00&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 8月 28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)】

<p>1 月に1回はホームでの行事を開催出来るように努力している(おやつ会など)</p> <p>2 認知症介護実践者研修終了者3名 入居者様が安心して暮らしを支援できるように努めている</p> <p>3 職員1人1人が、入居者様の意向や本意に添えられるように努力している</p>

【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>事業所は、市街地にも近い住宅街の2階建ての1階に位置し、敷地内には地域密着型通所介護事業所があり、避難訓練や、勉強会を合同で行っている。運営推進会議に参加している、自治会長や民生委員2名等から情報を得て、利用者と職員が夏祭り等地域の祭りやイベントに参加している。専門学校の学生がフットマッサージを行い利用者との触れ合いや、高校の福祉科の生徒の介護実習の受け入れもしている。地域のボランティアが訪れ、利用者も参加し三線・歌の会で、民謡を披露している。管理者は、職員が研修会や講座に参加し易いようシフトを調整し、市内の他グループホームと連携を図り、職員を交互に派遣するショート研修を行う等で、サービスの質の向上に努めている。</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. 全くいない
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、活き活きと働けている (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	・事業所の理念を玄関先、事務所内。多目的室に掲示し周知を図っている。 ・理念を理解し、実現については2/3程度	事業所開設の12年前に、地域密着型サービスの意義を踏まえた4項目からなる理念を作成し、常に目に付くよう事業所内3か所に掲示している。職員は申し送り時等に理念を共有し、互いに確認しながら支援に取り組んでいる。理念の一つ「利用者がそれぞれの趣味～」を日常的に実践できるように努めている。	
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	・近隣とは挨拶を交わし野菜等の差し入れ頂いたりしている関係性であるも、消防訓練等の参加協力は出来ていない	自治会へ加入する事で行事や活動等が把握でき、利用者は職員やボランティアと共に公民館で行われるオカリナコンサートやお茶会等へ参加している。近隣の方々が差し入れてくれる野菜等はおやつ等に利用している。近隣小学校の児童から毎年手作りカレンダーの寄贈を受けている。	
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	・近隣にある安慶名中学校の職場体験や具志川商業高校インターンシップ・中部農林高校の施設実習の受け入れ行っている。	/	/
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	・日々の活動の報告 地域のインフォーマル資源の情報収集 事故報告やヒヤリハットの改善報告と要望や助言をいただいている	運営推進会議は、利用者や家族、地域代表(自治会長・民生委員)、行政、知見者等が参加し定期的に開催している。会議では活動状況や事故報告等を行い、地域の情報や意見交換を行っている。議事録や外部評価結果等は、各委員へ配布すると共に玄関先にファイルして公表している。会議は年6回開催しているが、家族参加は4回となっている。	運営推進会議は年6回、利用者や家族、地域代表(自治会長・民生委員)、行政、知見者等が参加して開催しているので、利用者家族の毎回の参加が望まれる。
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	・各申請手続きや運営推進会議、うるま市グループホーム連絡会等で事業所の実情を伝えている。	運営推進会議に市職員が毎回参加し、認知症高齢者についての映画上映会やインフルエンザ予防接種の助成金等について情報を提供している。管理者は市役所に出向き、制度についての説明を直接受けたり、電話で相談を行い助言を得ている。	

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	・身体拘束防止マニュアルを理解し日々のケアに取り組んでいる。	身体拘束や虐待について職員は、DVD動画学習や研修等で理解すると共に、マニュアルを作成し拘束のないケアに努めている。センサーを使用しているが解除に向けた取り組みを検討し職員間で共通理解を図っている。運営推進会議で、身体拘束適正化に向け対策を検討する会議を開催し議事録に残しているが、記録の不備が見られる。	身体拘束適正化委員会の議事録が第三者にも理解できるよう、管理者作成の書式を活用する等工夫が望まれる。
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	・高齢者虐待防止マニュアルを理解し日々のケアに取り組んでいる。	身体拘束及び高齢者虐待防止についてはマニュアルを整備し、職員は2回の研修を通して理解を深めている。「待つ」等のスピーチロックについても、利用者の呼びかけに直ぐに対応できない時には、きちんと理由を話すよう心掛け、互いに注意し合うよう努めている。	
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	・現在権利擁護を活用するケースはない。		
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	・契約の締結、解約、改定などがあつた際は前もって書面で周知し質疑応答、書面での同意を得ている。		
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	・日々の支援の中で入居者様の要望やご家族様の面会時に意向や要望等を伺っている。また運営推進会議の中でご家族様代表の方の参加で外部への話を持っていける機会を作っている。	日常の会話の中で利用者から要望を聞き、家族とは面会時や運営推進会議の中で、意見を聞く機会を設けている。家族から、琉舞の動画を見せて欲しいとの要望があり、ユーチューブで鑑賞出来るよう機器を整備して対応している。	

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	・職員の意見や改善に繋がる要望が汲み取れるよう心掛けている。	管理者及び法人代表者は年1回職員個別に面談をもち、ストレスチェックも実施している。職員より、早朝の勤務時間帯に利用者の転倒リスクが高いので、人員を厚めにして欲しいとの提案があり、勤務時間を見直し変更している。	
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	・職員の個々の意欲や能力を見極めて処遇の改善を行うことで働きやすい環境を作れるよう努めている	法人の作成した就業規則で給与や休暇等の労働条件を規定している。各種資格手当や有給による外部研修等を支援し、資格取得の推奨や勤務体制を整備している。職員は健康診断を年1回受診しているが、定期的に夜勤を担う職員も年1回となっている。	職員の健康診断は、定期的な夜勤職員は年2回の受診が義務となっているので、早急な対応が望まれる。
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	・職員の個々の能力に応じて意欲や技量の向上に繋がるよう内外の研修へ参加できるように努めている。		
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	・沖縄県グループホーム連絡会へ加入。運営推進会議や市内グループホームとの連携、情報共有が図れるよう努めている。うるま市の認知症の啓発にも協力できるよう同業者との交流にも務めている		
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	・入居者本人様の希望を傾聴し、コミュニケーションを図り、入居者様と共に活動を行うことで信頼関係の形成に繋がるよう努めている。		

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	・入居前にご家族様との話し合いを行い、ご家族様の意向や要望・不安等を把握するように心がけている。		
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	・今までの生活歴、生活環境を把握し先入観を持つことなく、視野を広げて必要とされている支援・課題を見つけることが出来るよう心掛けている。		
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	小規模な環境を活かし、家庭的な雰囲気の中で入居者様の生活を支援でき、信頼関係を気づき上げていく中で共に支えあえる関係作りに繋がっている。		
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	職員は、入居者様の情報を共有し、連携を図ることで家族と共に入居者様を支えていくことが出来ている。		
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	・入居後も馴染みの関係が途切れないよう、家族・地域等と連携を図り支援している。(盆・正月などの一時外出支援等)	利用者が以前勤めていた植物園へ職場訪問で出かけている。家族と連携を図り、お正月やお盆に、一時帰宅出来るよう支援に取り組んでいる。	

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
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	・共同生活の中で、入居者様個々が孤立しないよう声掛け等の支援を行っている。個々に応じて個別の対応も行っている。		
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	・契約が終了しても、何かあれば相談に来ていただけるように説明、来所しやすい環境作りや信頼関係作りも行っている。		
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	・本人様やご家族様、関係者様から聞き取りを行い希望や意向の把握に努めている。 ・今までの生活歴を踏まえ、本人様の意向の把握に努めている。	利用者の思いや意向は、生活歴や家族等から、情報を収集し確認している。利用者とは日常生活の中で表情や仕草等から思いの把握に努め、申し送り時に職員間で情報を共有している。カラオケボックスで歌を歌ったり、友人と電話でおしゃべりを楽しめるよう、個別支援に取り組んでいる。	
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	・本人様やご家族様、関わりのある事業所からの情報にこれまでの経過等の把握に努めている。		
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	・入居者様個々の観察、職員間での日々の情報交換を行うことや聞き取りを行うことで、現状に即したケアプランを作成している		

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アを反映し、現状に即した介護計画を作成している	・ケアプランが計画通りに実行されているかどうか、あるいは新たな課題がないか職員間で情報を交換・聞き取りを行うことで現状に即したケアプランを作成している	サービス担当者会議には、利用者と家族、職員が参加している。介護計画は、長期目標を1年から2年とし短期目標を3か月としている。状態変化に伴い計画を見直している。退院後の車イスの見直し等を話し合いプランを変更している。	
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	・日々の記録の中で問題点及び改善点が上がった際は、全体ミーティング等で課題・ニーズに上がったことを話し合い職員全員で改善出来るよう取り組んでいる。		
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	・入居者様及びご家族様の個々のニーズに対して出来るだけ対応出来るように取り組んでいる。(受診時の送迎支援など)		
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	・近所にあるスーパー等の皇居施設において、自ら必要とする物品等の買い物の支援を行っている		
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	・かかりつけ医の受診支援については、訪問診療での対応や定期受診はご家族様対応が基本。受診時はホーム看護婦が作成した受診表をご家族様に持参持参しかかりつけの医師に情報の提供を行い、回答を依頼することで連携を図っている。	利用者は家族対応でかかりつけ医を受診し、2名の方は訪問診療を利用している。受診時の情報共有は書面で交わされ、利用者の日々の状態等を報告し、受診に役立てている。緊急時は職員が対応し、受診先で家族等に引継いでいる。他科受診も含め、家族が次月受診の日程等を調整しているが、日頃から利用者の心身状態を報告し、事前の受診にも繋げている。	

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
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	・看護婦専従採用。介護職員との情報共有も行っている。 ・入居者様の急変時の際は、オンコールで対応できている。		
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。	・入退去前後は、ご家族、医療相談員や入退去前の担当ケアマネとの情報交換や共有を行っている。 協力医療機関との連携もスムーズに行っている。		
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	・重度化や終末期の説明を行い書面にて同意を得ている。看取り希望の時は訪問診療の形態を得た上で対応可能であることをご家族様に説明している。	事業所として、重度化した場合における(看取り)指針を作成し、家族等に説明、同意を得ている。協力医療機関との24時間訪問診療や、看護職の24時間オンコール等の体制を整え、職員は「ターミナル基礎研修」等で理解と認識を深めている。6月に看取りを実施している。	
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	・緊急時マニュアル・事故発生時マニュアル等があり、個々の状態に合わせた的確な対応が行えるよう、職員会議や情報共有ノートで共有を行っている。		
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	・年2回の避難訓練を開催出来るように努めている。火災・津波・地震等個々のマニュアル作成もやっている。地域との協力体制はやや弱いため、今後は協力体制作りが必要	災害避難訓練は11月に昼間想定で実施し、事前に周辺地域や家族に通知し、訓練当日には避難誘導や見守り、消火器訓練に地域住民や家族等も参加、協力している。マニュアルは災害別に作成し、備蓄は3日分用意している。災害訓練は昼夜想定で年2回以上としているが、昼間想定で1回のみの実施となっている。	災害訓練は昼夜想定で年2回以上となっているので、夜間想定の実施が望まれる。早めの防火管理者の報告、備蓄リストの作成にも期待したい。

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
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	・事業所の理念を基に本人様本の対応に努め丁寧な対応支援を心掛け取り組んでいる。	利用者と目線を合わせ、利用者の馴染みの言葉(地域の方言等)で職員は解りやすく話している。利用者の支援後に「お疲れ様やありがとう」とお世話させてもらっているとの気持ちで声をかけると「こちらこそありがとう」と笑顔を見せられるので「言われて気持ち良い言葉」として職員間で共有し、理念の一つ「利用者の人格の尊重～」の実践にも繋げている。個人情報等の関連資料は玄関壁に掲示している。	
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	・行事への参加等、自己にて決定が行えるよう心掛けています。また、理解しやすい内容や答えが求めやすいようにすることで自己の決定が行えるよう支援にも努めている。		
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	・一日のスケジュールは決まっていないが、入居者様が自由に生活できるような体制を図っている。個々の希望に即対応も出来るよう努めている。		
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	・お出かけや受診時は入居者様は好む衣服やご家族様がお出かけ用に準備または購入された衣服を選択出来るよう心掛けています。 散髪・髪染め支援も行っている。		
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	・専門の調理員の採用と職員1人1人が食事の準備を行っている。1人1人の力を活かす支援は行っていないが、現在はおやつ会を通して食事の準備を職員と一緒にやるようにすることで食事を準備し楽しめる支援作りを行っている。	食事は週4日は事業所で調理し、残り3日は副食のみ配食を利用している。2か月に1回はおやつ会を企画し、利用者も一緒に調理する等で参加している。利用者のプランに「美味しく食事したい」を食事形態、食後の口腔ケア、義歯消毒等の支援を位置づけ実践している。職員は利用者への食事介助等もあり、同一時間に同一の食事は摂っていない。	食事を楽しむことのできる支援とは、職員も一緒に同じ食事を食べながら、食材の味、硬さ等を話題のきっかけに、会話が弾む食卓にもなるので、是非検討して頂きたい。

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
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	・排泄・水分飲用量・食事摂取量をチェックし個々の体調を把握し必要に応じて各主治医と情報の共有を行っている。また個々の状態に合わせて食事形態も変えて対応行っている。		
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	・毎食後個別に口腔ケアを行い、口腔内の観察行っている。		
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	・入居者様個々に24時間排泄チェックシートを用いて個別に対応支援行っている。	夜間ポータブル使用者1人を除くと、利用者はほぼ昼夜ともトイレを利用している。職員は利用者の立位保持の為、可動域訓練に取り組んでいる。利用者のプランに「慢性の便秘を解消」には下剤の他、散歩や飲み物、「夜間安心して眠りたい」にはパット交換と声掛け等で対応している。利用者の動作を観察し、排泄のタイミングが図られトイレの案内に繋げている。	
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	・食事の際や10時・15時の水分飲用の際はオリゴ糖を用いての便秘対策行っている。また水分飲用に個々に応じて好みの飲み物を用いている。 ・便秘に対して改善があると思われる案に取り組んで行っている。(オリーブオイルの使用など)		
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	・基本的に週3回は入浴出来るよう支援している。本人様からの希望があればいつでも対応できている。(汚染時も含む)	入浴は週3回を基本に支援しているが、利用者の希望(外出先から帰宅した時間)にも応じている。職員体制上、同性介助は厳しいが、利用者の意向を尊重して支援している。「自分で洗身等」の意向には、利用者自ら行えるように促し、「安心安全に入浴したい」には浴室内の環境整備を事前に行う等で対応している。	

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	・入居者様個々の生活のリズムに合わせることを一番に考え、その方にあった休息支援をとって頂いている。日中は外気よく等を行えるよう支援し、生活のメリハリが生じ、夜間安心して休めるよう支援している。		
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	・内服の変更があれば、看護師より申し送りがあり、また情報共有ノートを活用し情報を共有し支援している。その際は副作用などの注意書きも行い、確認した際はサイン記入し服薬の支援を行っている。	利用者の薬は、家族や訪問薬局から預かって看護師が配薬し、職員が食後等に服薬支援している。配薬チェック表(配薬、配薬確認等)も記載し職員間で共有しているが、朝夕の服薬ミスや利用者氏名の記載ミスの報告があり、服薬支援や服薬管理に関するマニュアルも確認できなかった。	服薬支援は、利用者の体調や状態の変化に繋がるので、服薬管理や服薬支援に関するマニュアルを整備し、誤薬等事故に繋がらないように努めてほしい。
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	・タオルたたみ、排泄時に使うペーパー折りなどを職員と一緒にすることで役割を担っていただいている。 ・本人様の好み民謡や童謡・歌の会・カラオケを行っている。		
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	・本人様の希望があれば近くのスーパーへ行くことで戸外に外出出来るよう支援している。また家族様の協力も得ながら外出の支援に努めている。	事業所周辺の花を見ながらの散歩や、テラスでの日光浴等限られた範囲で気分転換を図っている。利用者個別にはプランに外出支援(施設外との交流、散歩等)を位置づけて、元の勤務先への外出、地域祭りへの参加、一時帰宅等を支援している。季節の行事等では、初詣や花見等に出かけている。	
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	・金銭管理の可能な方は本人様にて管理していただいている。その際はご家族様にも依頼し管理行えるよう支援している。またお小遣いの形で事務所で管理し使いたいときに使えるよう支援を行っている。(地域お祭り参加時のお小遣いとしての使い方)		

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	・ホームの電話はいつでも使えるよう事務所内のカウンターまたは子機を使用し安易に使えるように声掛けも行っている。		
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	・入居者が落ち着いて過ごせれるよう家庭的な雰囲気を作り、イベント等を通して季節感を感じれるような環境作りや飾りつけを行っている。	玄関を挟んで両側に居室、中央の共用空間にソファ2台、食卓テーブルを配置され、利用者が思い々の場所で過ごしている。浴室やトイレはプライバシーを考慮した場所にある。壁には、達筆な利用者の直筆(人生の訓示や教え)や、手工芸等を掲示している。テレビで沖縄の風物詩や踊り等が楽しめるよう職員が有線等の工夫もしている。	
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	・ソファや食卓にて雑談を交わせれる家庭的な雰囲気作りを大切にしている。また季節感を感じれるような飾りつけイベントを行うようにしている。		
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	・入居時は自宅で使い慣れた物の持ち込みも可能であることを説明することで居心地よく過ごせるよう工夫をしている。	利用者居室には電動、木製ベッドやタンス、机等を備付けている。電動ベッド8台は、利用者の身体レベルに合わせた調整が可能で、身体の状況で木製ベッドが適している利用者もいる。転倒が増えていると、利用者の居室内の荷物を減らして整え、転倒予防に繋げている。	
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	・入居者様個々のADLに合わせた環境作りを心掛けてベッドの位置等を検討している。出来る限り自立した生活が継続出来るような支援に心掛けています。		

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	4	運営推進会議は年6回。利用者家族の参加は4回。毎回の家族参加が望まれる。	毎回の家族の参加	毎年委員就任にお願いした家族の参加のみでなく、利用者家族皆さんに参加のお声をかけて家族の参加が増えるようにしていく。	12ヶ月
2	6	身体拘束委員会の議事録が第三者にも理解できるように、管理者作成の書式を活用する等の工夫が望まれる。	身体拘束委員会の議事録の作成と活用	管理者の議事録の見直し作成と、第三者にも理解できるように説明会等のカンファレンスを行っていく。	12ヶ月
3	12	夜勤者の定期的な健康診断は年2回が義務化。年1回の対応となっている	夜勤者の年2回の健康診断の実施	年2回6月・12月に夜勤者の定期的な健康診断を行っていく	12ヶ月
4	35	避難訓練は昼夜想定で年2回以上行うことになっている。夜間を想定した実施が行われていない。備蓄のリスト作成と防火管理者の報告が望まれる	夜間想定での避難訓練の実施と備蓄リスト作成	夜間を想定した避難訓練の実施と備蓄リストの作成と周知	6ヶ月
5	40	食事についての話題をきっかけに会話が弾み、食事の楽しさが増えるが、現在は行われていない。食事を一緒に楽しむことで食事の支援が行われるよう望まれる	職員と一緒に食事する	検食という形を使い、職員が利用者と一緒に食事を行う。一緒に食事をする事で食事に対する会話が弾み食事の支援を行っていく。	6ヶ月
6	47	服薬管理や服薬支援に関するマニュアルが作成されていない。服薬管理の仕方や支援に関するマニュアル整備し、誤薬に繋がらないように努めて欲しい	服薬管理方法の見直しと服薬支援マニュアル整備	服薬支援のマニュアル整備を行い、管理方法も改善し、内服確認表などの徹底および職員1人1人に内服薬の作用・副作用の勉強会を通して誤薬防止に努める	3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。