

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	4790800058		
法人名	医療法人 八重瀬会		
事業所名	グループホームマチナトくる		
所在地	沖縄県 浦添市牧港5丁目3番3号 ウエストレラス101号室		
自己評価作成日	平成29年 8月 5日	評価結果市町村受理日	平成29年11月15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.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JizyosyoCd=4790800058-00&PrefCd=47&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 介護と福祉の調査機関おきなわ		
所在地	沖縄県那覇市西2丁目4番3号 クレスト西205		
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)】

認知症ケアにおける専門的な介護の勉強をもとより福祉の理念について、掲示周知等で徹底することで利用者一人ひとりに必要な支援を提供を目指します。
馴染みの関係をつくり日々の生活の中で役割を持つことで喜び、満足感、生き甲斐を持ち、幸せを感じていただけるよう支援していきます。

【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)】

本事業所は地域との連携を図る事を目的に、平成29年4月から2か月に1回、併設している通所サービスと合同で認知症カフェを開催している。利用者にとって住みやすい環境整備として、空調設備を整備し安全面や感染予防に努めている。居室には、本人や家族と相談の上、使い慣れた鏡台や寝具類等が持ち込まれ、本人が心地よく過ごせるよう工夫している。専任調理員を配置して、旬の食材や季節の行事に合わせた献立をもとに、三食事業所で調理している。医療法人が母体となっており、24時間の医療連携のもと主治医の往診や緊急体制が整えられ、利用者や家族に安心感を与えている。服薬管理については、飲み忘れや誤薬防止のため担当を決め、訪問看護と連携を図り、職員間の確認作業等も徹底している。

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)	○	1. ほぼ全ての利用者の 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族の1/3くらい 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 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 職員の1/3くらい 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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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 3. 家族等の1/3くらい 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 3. 利用者の1/3くらい 4. ほとんどいない				

自己評価および外部評価結果

確定日:平成29年10月23日

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	地域密着型サービスとして、慣れ親しんだ環境での生活が継続できるように、真心と笑顔を忘れない基本理念を提示し共有することで実践に繋げています。	現在の理念は、平成23年職員間で話し合い利用者本位の言葉が盛り込まれている。管理者は職員会議等において、理念に謳われている内容を意識していく事が大切であることを職員に伝え、振り返りの機会としている。	
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	大きな年間行事を通して地域自治会の方々や家族親戚と関わりを持つ機会を作っています。また、地域住民方の協力を経て花の苗作りをする等の交流活動を持っています。	地域との交流を目的に、併設している通所サービスと合同で、平成29年4月から2か月に1回認知症カフェを開催している。事業所の敬老会に子供会や婦人会、三味線ボランティア等が参加している。新年会には、ボランティア関係者を招き交流を図っている。	
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	市内で開催される介護の日のイベントには作品の展示等で参加しています。		
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か月に一回奇数月にの第4金曜日に開催。市の職員、地域包括支援センター職員等の方々に困りごとや問題定義し助言や情報交換し、施設内の活動内容を報告しています。	会議は食堂兼居間で利用者や家族、行政、地域代表者等が参加し年6回開催されている。会議では事故、ヒヤリハット報告や事業所の広報、行事活動等が報告され、意見交換が行われている。議事録は欠席した委員のみに配布し、閲覧できるようファイリングし玄関近くに置いている。前回の会議内容の確認も含め、参加者への配布も期待したい。	
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	何かあればすぐに報告し、確認する連携を図っています。イベント活動へも積極的に参加しています。	事業所は、行政担当者から防災マニュアル作成の助言を受けたり、助成金手続きの相談をしている。認知症カフェの立ち上げを一緒に取り組んでいる。研修会の案内情報は主にメールで受けている。	

自己評価および外部評価結果

確定日:平成29年10月23日

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	身体拘束内容について3か月に1回は見直しを行い、改善を図るようにしています。玄関の施錠に関しても施錠して理由や時間を記録するようにし、開放出来るように取り組んでいます。	転倒予防の為時間帯を決めてスズやセンサー、サイドレールを使用している。身体拘束については契約時と必要時に家族へ口頭で説明しているが文書での同意は得ていない。道具を使用する際に必要な記録が確認できなかった。身体拘束をしないケアに関する研修会、勉強会等の参加、開催が確認できなかった。	身体拘束に関するマニュアルは作成されているが「身体拘束ゼロへの手引き」等を活用した内容の見直し、及び「身体拘束をしないケアの実践」について研修及び実施が望まれる。
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	職員が目につく場所へマニュアルなどを設置し、身体拘束の見直し時には再度確認するようにしています。	不適切なケア(言葉使い・対応)についても、その都度、職員間で日々のケアを含めた話し合いを実施している。事業所内外において、高齢者虐待防止関連法等を含め、虐待の防止に関する研修会や勉強会等が期待される。	
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	権利擁護に関して職員への周知を図り、ご家族に対しても必要に応じてアドバイスできるようにしています。		
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	契約時には契約書、重要事項説明書を用いてサービス内容や現在の施設状況を説明し、疑問や不安についてはすぐに解決できるようにしています。		
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	面会時には利用者の近況や活動内容を報告し、意見や要望がないか確認しています。必ず、職員が家族とコミュニケーションをとるように徹底しています。運営推進会議への参加も促し、意見交換できるようにしています。	利用者の要望は日頃の会話や居室等で聞いている。「テレビが食べたい」、「外食したい」等の希望に対応している。家族からは面会時や電話等で意見や要望を聞く機会を設け、「寝ぐせを直してほしい」等の要望があり、個別対応をしている。	

自己評価および外部評価結果

確定日:平成29年10月23日

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	何か問題があるときや、職員からの要望がされれば意見をまとめられるよう話合いの機会をもち、法人幹部へ報告しています。	職員意見は、職員ミーティングや業務の合間等で聞いている。業務の見直しに対する意見も職員から挙げてもらい話しあっている。例えば、利用者の睡眠を妨げない配慮として、夜間使用するオムツの種類を変えて対応したり、職員の役割分担を決め誤薬対策等に反映している。	
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	法人内の互助会等を通して、就業外での交流活動(ホーリング大会、観月会)等で意欲を高め、スキルアップなどの情報を提示することで、向上心が持てるようにしています。	就業環境の整備として、職員への育児支援や家族介護等が生じた場合は、フレックスタイム制等を導入して勤務調整を行っている。職員は年2回自己評価を行い管理者がまとめ人事考課に活かしている。法人主催「メンタルヘルス」勉強会に管理者が参加している。	
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	法人全体勉強会や院内研究発表を通して知識や技術の向上を図っています。		
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	困り事や不安なことがある時はすぐに連絡を取り合い情報交換できるようにしています。市内の地域密着型サービス事業連絡会等へ参加し交流の機会を持てるようにしています。		
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	本人の訴えをよく聞き、何に不安があるかを理解することでサービス内容を考え、密なコミュニケーションを図ることで信頼を構築できるようにしています。		

自己評価および外部評価結果

確定日:平成29年10月23日

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	ご家族の気持ちを聞く時間をしっかり持ち、サービス内容をしっかり理解できるようにし、要望に合わせた対応をすることで、家族の安心し利用できるようにしています。		
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	入所希望があった時点で利用者の状況を事前面談等で確認し、くくるでの生活に支障がないかを判断し必要に応じてその他のサービス等の情報を提供し最善のサービスを提供できるようにしています。		
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	毎日の日課として家事作業(洗濯、野菜の下ごしらえ、コップ洗い等)を利用者一人ひとりの出来る能力に応じて取り入れ役割をつくり職員と一緒にしている。		
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	サービス計画の一部に家族との関わりを組み込むことで家族に対しても関わりを持つ機会を作り関係性が保てるようにしている。		
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	家族や親戚、友人等の面会を促し、本人の希望があれば、依頼する等して希望に添えるようにしている。また、野外活動では要望を聞きとるようにしている。	本人や家族、以前利用していた通所サービスの職員からこれまでの馴染みの場所や関係について情報を得ている。友人や職場の元同僚が定期的に訪問する等、馴染みの人と過ごせる支援をしている。出身地である北部を尋ねる等、個別に対応している。	

自己評価および外部評価結果

確定日:平成29年10月23日

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	食事や作業を入居者全員でテーブルを囲み行うことユンタクを通して家族のような関係を作り支え合うことが出来るようにしている。		
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	退所した利用者や利用者家族へも行事ごとへの参加を通して、交流の機会を作り、不安や心配ごとがある時には適切なサービスが受けられように助言している。		
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	テーブルを囲みユンタクをする中で聞かれた希望や意向を大切にしている。	思いや意向は、利用者本人から普段の会話や表情、行動面での情報から把握している。本人の意向を踏まえ、居室内で安全に移動できるようマットを敷き詰めている。「娘に会いたい」等の希望には、娘が本土から帰省した際に、同じホテルに宿泊する等の支援をしている。	
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	朝の会やレク活動の中で回想療法を行うことで、生活歴や今までの暮らしを聞き取り、サービス計画に取り込むことで反映できるようにしている。		
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	日々の健康状態や活動内容等を細かく観察し記録することで、状態を把握できるようにしている。(サービス計画の実施状況もチェックしている)		

自己評価および外部評価結果

確定日:平成29年10月23日

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	毎日の記録(支援経過)の中に、介護サービスに沿った実施確認チェックを行うことで、職員が一人ひとりサービス計画をしっかりと把握し、確認しながら行うことでモニタリング効果を得られるようにしている。	介護計画は更新時の見直しを基本としている。入退院後も状況変化が少なく計画が継続し随時の見直しは確認できなかった。定期のモニタリングも確認できなかった。介護日誌に介護サービス実施状況と経過記録を記載しているが、計画には職員の意見等の反映が確認できなかった。	介護計画はアセスメントとモニタリングを繰り返しながら、利用者の状態や家族の要望、意向の変化に伴い、臨機応変に見直すとともに、職員参画による介護計画が望まれる。
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	毎日の記録(支援経過)の中に、介護サービスに沿った実施確認チェックを行い、実践した結果に応じて意見などを申し送りへ記載し、検討の必要性あれば、ミーティングにて検討している。		
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	利用者や家族の希望や必要性に応じて対応できるように職員間で話し合い、関係機関に支援を求める等し対応している。		
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	自治会の行事への参加や施設行事への自治会側の参加を通して地域住民として位置づけすることで、地域との交流を継続できるように支援することで、利用者が持て力を発揮できるようにしている。		
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	訪問診療を導入し、月に2回の往診にて健康管理を行っている。しかし、利用者の状態に応じてそれぞれ今までの主治医へ受診し、主治医へは施設での様子を報告する事で連携を図っています。	受診については、これまでの馴染みのかかりつけ医の継続や訪問診療を利用している。受診は家族対応を基本とし困難な場合は職員が対応している。受診後の情報は管理者が医療機関へ電話で確認して介護日誌等に記載し職員と共有している。利用者全員が週1回の訪問看護で健康管理に配慮されている。	

自己評価および外部評価結果

確定日:平成29年10月23日

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	訪問看護委託し、週に1回の健康チェックや急変時には主治医との連携を図り、健康状態を把握していただくことで細かな看護支持を受けられるようにしている。		
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。	入院時には職員が入院至った経緯をしっかりと申し送り、退院までに面会を通して利用者、家族を励ますことと、利用者状態をしっかり把握しておくことで、すぐにでも施設での生活が再開できるようなにしている。		
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	入所時には終末期について家族に説明し、その意向を聞き取っています。しかし、利用者の状態の変化に応じて気持ちも変わるので、利用者の状態変化に応じて説明し、意向を何度も確認しています。	重度化や終末期に向けた指針は、契約時に家族に説明し、さらに、担当者会議等で説明し確認している。現在、家族の7割は病院への搬送を望んでいる。「重度化した場合や終末期における対応」に関する職員研修がなされていない。これまで看取りの事例はない。	事業所の力量を把握して現状での支援を見極めるためにも「重度化した場合や終末期における対応」に関する研修や勉強会等が望まれる。
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	緊急時の対応法を掲示し、勉強会を行うことで、職員一人ひとりが即座に対応できるようにしている。		
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	年2回の消防避難訓練を行い、うち1回は夜間想定し夜勤者一人で避難誘導できるようにしています。また、その他の風水害にも対応できるようにマニュアルを整備し、協力体制の構築に努めています。	隣接するデイサービスと合同で昼間想定の大規模地震の自主訓練や夜間を想定した火災訓練を実施している。訓練時は地域住民へ参加を依頼しているが協力は得られていない。マニュアルや飲食糧、日用品等の備蓄が整備されている。	

自己評価および外部評価結果

確定日:平成29年10月23日

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	人権を尊重し厳守できるよう、標語に掲げ、職員に対しての接遇マナを厳守を呼びかける張り紙を掲示し、意識付けに努めています。	毎朝の健康チェックの際には利用者個々の羞恥心に配慮して声かけの場所を選んで尋ねている。利用者本人ができる事(洗濯物たたみや食器洗い等)、できない部分(入浴や排泄等)を把握しており、管理者をはじめ職員は、利用者を尊重した個別支援を行っている。	
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	全体で毎日、話をする時間を設け、「何がしたいか」問いかけたり、どう思うかたずねたりすることで、利用者に決定を促している。		
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	利用者が希望することを希望したときにできるようにしている。(部屋で休みたい。何か仕事したい等・・・)		
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	入浴日には一緒に着るものを選んだり、起床時には洗面台でブラシを渡し、自分で身だしなみを整えてもらい、化粧水やヘアークリームも手渡し自分で整えて頂いています。		
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	食事はフロアー(食堂)でみんなで行い、食事の前には食事の合図をみんなで唄い楽しい雰囲気を作っています。また、野菜の下ごしらえ等をしなが、食べたい物の聞き取りをし、それを取り入れる等しています。	食事作りは専任調理員を配置、三食事業所で調理している。利用者はもやしの下ごしらえや人参の皮むき、下膳を行なっている。職員はイベント等で月に1~2回は利用者と一緒に食事をする事がある。通常、職員と一緒に食事はせず、見守りや食事支援を行ったり、休憩時間としている。	

自己評価および外部評価結果

確定日:平成29年10月23日

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	時間ごとに水分を促し摂取した量を細かく記録する事で、1日の摂取量を把握していません。食事量の少ない利用者に対しては本人の好む補助食を追加で摂取できるようにしています。毎月の体重測定を実施し、増減に応じて対応している		
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	毎食後コップ歯ブラシ等を準備し、洗面台に誘導することで歯磨きが食後の習慣になっています。		
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	利用者の排泄の状況や間隔をしっかりと観察し一人一人に合った方法とオムツ等で援助することで、自立できるよう援助している。	排泄チェック表を参考に排泄パターンを把握し、日中はほとんどの利用者がトイレ排泄を実施している。個々の排泄形態に応じて、リハビリパンツやパット等を工夫して使用している。失敗した場合には、さり気なく声掛けし、利用者とゆっくり話し合っ支援している。	
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	毎日の排泄の状態を確認し申し送る事で便秘の状況に応じて内服で調整できるようにしています。また、トイレに座る習慣をつけ腹圧を掛けられるように声掛けすることで排便を促しています。		
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	曜日や希望があればすぐに調整するが、基本的な回数を決めて行っています。入浴は一人ずつ行い、自分のペースで行えるようにしています。	同姓介助を基本として週3回のシャワー浴を実施している。外出や受診等、必要に応じて対応している。入浴を嫌がる利用者は時間を変えたり、曜日を変更する等、工夫し入浴ができています。事業所がシャンプーやボディーソープ等は準備している。	

自己評価および外部評価結果

確定日:平成29年10月23日

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	夕食後はそれぞれの希望で、ゆっくりフロア一過ごしたり、早々に休まれたりと一人ひとりの希望にあわせています。好きな時間に就寝できるようにしています。		
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	処方内容をいつも確認できるようにまとめています。訪問看護がしっかり1週間分をセッティングし、その日そのときのを職員同士声だし確認している。間違いの内容に職員同士で確認し合う習慣づけを徹底しています。	薬に関するものは鍵付きキャビネットに保管し、服薬担当職員を決めて対応している。薬剤の一包化を行うと同時に薬包紙に利用者の名前を印字している。服薬支援注意事項を張り出す等、飲み忘れや誤薬を防ぐための取り組みを実施している。	
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	利用者に応じて好きなことや出来ることを、把握し、その人が好むことを日課に取り入れたり、家族に差し入れをしていただいたりしている。		
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	本人や家族の希望にて外出等行っています。また、施設全体でも定期的に外出するが、その際に利用者に行き先を考えてもらい、家族も参加できるようにしている。	利用者の体調や気分に配慮して、近隣のスーパーへ出かけ食材等の買い出しをしている。事業所周辺の散歩やカラオケハウスでランチしながら歌う等、気分転換を図っている。故郷訪問として、利用者全員で北部や南部へドライブに出かけている。老犬用の介護施設に預けているペットの面会に、家族と一緒に出かける支援等も行っている。	
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	外出時等買い物やお金を使う機会がある場合には小遣いを持たせ好きなものを買うことができるようにしている。		

自己評価および外部評価結果

確定日:平成29年10月23日

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	家族からの電話を取り次いだり、希望に応じて電話を掛ける等に対応しているが、認知症状で頻りに訴えるときにはその状況に応じた対応をしている。		
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	危険物を除去し、利用者が歩き回っても見守りができるようにしている。また、利用者が作った壁画などで季節感を感じられるようにしてい。	医療用マッサージ器が設置され、利用者が交代で使用している。冬場の室内の温度調整は、セントラルヒーティングを使用し居心地よく過ごせるよう工夫されている。温湿度計や加湿器も設置さ、感染予防に努めている。ソファが2か所に置かれ、利用者が過ごしやすいよう配慮している。	
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	フロアー内にもソファを設置し、好きな音楽を聞いたり本を読んだりできるようにしています。		
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	適切な温度湿度を保てるように各居室に温湿度計を設置し、適切に保てるようにしています。また、利用者の好みと使いやすさを考慮したレイアウトに変更できることを説明し、必要に応じて対応しています。	居室は、ベッドやエアコン、タンス、温湿度計を備えている。家族写真や鏡台、手作りのベッドカバー等、馴染みのものや使い慣れた物が持ち込まれている。居室への位牌持ち込み希望の利用者のために、職員がタンスの上部を改造して設置場所を作る等、配慮されている。	
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	施設内の移動に障害となるものを排除し、物の配置を一定にし、分かりやすくすることで、戸惑うことのないようにしている。		

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	6	身体拘束に関してマニュアル等は設置しているがうまく活用できるようにするための職員研修等の取り組みが不足している。また実際、カンファレンスを行っているが結果の追跡や家族への報告が記録として曖昧である。	研修や職員間での意見交換の場を作り、身体拘束のないケアを行うための体制を作る。また身体拘束についての職員の知識や技術が向上できるような支援をしていく	施設内での身体拘束についての研修の実施。外部機関の研修への参加を促し、職員の身体拘束に関するスキルアップを図る。定期的なケアカンファレンスを継続し意見交換を行いながら、家族への説明や報告をしっかりと行い記録を残す。	12ヶ月
2	26	現在、日々の記録でサービス計画を職員全体で把握し、計画に沿ったサービス提供ができていないがサービス計画に沿ってアセスメントモニタリングを実施しているが記録の表記が曖昧である為、介護職員のしっかりとした参加が確認できない。	介護職員の参画を明確にし、それを活かし計画を作成し、継続したモニタリングをチーム全体で行える体制を作る。そして内容を記録して残す。	、モニタリングの段階での介護職員を参画と関与していることを書面として残し。計画に反映させる	6ヶ月
3		認定更新時の会議や利用者変化に応じて、終末期の対応について家族等へ確認をしているが内容をしっかりとした書面に残していない。看取りについての職員の知識が不十分。	職員が看取りについてのしっかりとした知識を持ち、利用者の変化に応じて家族へ確認し内容を書面で残すことを徹底する。	看取りについての家族へ説明し確認した内容を残し、状態の変化に応じた対応が出来るように研修等への参加を促し職員教育を行う。	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。