

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	グループホーム チャーがんじゅう		
所在地	沖縄県豊見城市字与根217番地2		
自己評価作成日	令和2年1月30日	評価結果市町村受理日	令和2年4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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&JigyosyoCd=4795400078-00&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2年 3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)】

利用者一人一人が自由にのんびり生活出来る、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な食事を提供し、季節行事あ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)】

事業所は清閑な住宅地にあり、近隣住民とのかかわりを深めながら日々の介護支援に取り組んでいる。利用者が日中活動する広間は陽光が射し明るい室内となっている。理念を利用者とともに唱和するようになってから利用者の表情が明るくなり、何かの拍子に「何事にも感謝」の理念の言葉が聞こえる。食事は調理担当職員が配置されていて季節や行事に合わせた食事づくりがされている。おやつ作りや外食を楽しむ機会もある。就業環境が整備され、休憩時間の確保や休憩室の設置、希望する有給休暇の取得、パート職員の労働時間や勤務体制担当配置等がされ、職員が利用者の一人一人とゆっくり向き合う機会が多くなった。利用者の介護支援を円滑にするためにグループラインを活用し、情報交換を行い介護計画や介護支援の共有を図っている。職員研修は職員の希望に応じ、参加費用を事業所で支援している。医療面ではかかりつけ医、訪問診療、訪問看護と連携され、看護師は24時間相談できる体制にある。家庭酸素療法やその他の医療機器を使用されている利用者もあり主治医と医療機器メーカー、家族との連携で対応している。

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	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	職員は申し送り時に「理念を唱和している。	理念は開設時につくられ、職員は申し送り時に唱和している。利用者とともに理念を唱和していたが一時途絶えていた。改めて昼食前に唱和をはじめており、利用者からも理念の「何事にも感謝」の言葉が入浴後や不意に聞こえるようになり、利用者の表情もあかるくなった。	
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	自治会への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寄付を行っている。地域住民の方より野菜の差し入れがあったりする。	近隣住民からの野菜の差し入れや事業所のイベント時には隣家の駐車場を使ってくださいと住民からの声掛けがある。前任と後任の管理者は近隣の家々をあいさつ回りをし地域とのつながりに努めている。	
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積極的に行っているが地域の方へはあまり行えていない。		
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	利用者へは参加を促すようにしている。事故報告、苦情報告など話し合いを行っている。	運営推進会議は2か月に一回開催され、利用者家族、地域包括支援センターまたは市町村職員が参加しているが、利用者、委員の毎回の参加状況が確認できない。会議は事業所の運営状況、ヒヤリハット等の報告はあるが、議事録から意見交換の内容が確認しづらかった。会議録の閲覧が可能な状態ではない。	運営推進会議の構成委員の毎回の参加状況、意見交換の内容の整備、工夫に期待したい。また、会議録の公開が望まれる。
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	市町村担当者、関連部署へ相談、指導を頂いている。	行政からは認知症の講話やオレンジカフェのお知らせがある。運営推進会議への参加で事業所の運営状況や取組等についての意見やアドバイスを受け、日頃より連携に努めている。	

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
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	身体拘束に関して契約時、必要時に家族へ説明を行っている。(緊急やむを得ない身体拘束に関する説明書を作成、利用者、家族へ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。	職員は身体拘束をしないケアに 取り組んでおり研修もされている。利用者に向き合いゆったりと話を聞く時間があり、不穏時にも利用者と行動するなど寄り添い見守る。身体拘束等の適正化のための指針の作成、身体拘束委員会の設置はされているが、今年度は会議が持たれていない。	身体拘束等の適正化を図るため、委員会を3か月に1回以上開催するとともに職員への周知徹底を図ることが求められている。
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。	前年度のステップアップの課題に取り組み、虐待防止対応マニュアルが作成されている。虐待防止について職員間で話し合い、不適切な言葉遣いや口調にも注意を払い、利用者の名前についても「さん」付けで呼ぶことを確認し合っている。	
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、職員は研修、勉強会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んでいる。		
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	入所時に契約書、重要事項説明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たり、定期的な病院受診などで健康管理を行っている。また運営推進会議でも意見を頂いている。	事業所の行事への参加や事業所来訪時、面会等で話を聞く機会がある。また、外部の相談窓口へ利用者の家族からの意見、苦情があり、職員で話し合いを持ち、事業所運営に反映させている。	

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、申し送り時などに意見を聞いている。	管理者は日頃から職員の意見や要望を聞くように心がけており、早急に改善が必要な場合は直接、法人代表者に働きかけ反映させている。	
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	職員が常にやりがいを持てるように適正な労働時間を遵守	就業規則に則り、働きやすい職場環境整備に努めている。職員の勤務形態や労働時間、年休等も希望に応じて取得される。職員の人員配置や人員増、業務変更等により、休憩時間の確保や気分転換ができる休憩室もつくられた。また、職員の希望に応じて研修への参加や参加費の支援をしている。今年度の職員健康診断は確認できなかった。	健康診断の実施については労働安全衛生法に定められ、夜勤を定期的に行っている介護職員は年2回、その他の職員は年1回が義務付けられている。
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		○本人と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ほうにも配慮している。	契約時のアセスメントや日常の会話の中から、職歴や趣味等把握し、利用者が活躍していたころの話や写真、島の民謡、DVDの鑑賞等で回想できるよう支援し把握に努めている。	

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
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か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。	アセスメントや日々のかかわりの中から声掛けや家族から聞いたことを話しかけながら、それとなく反応を見て思いをくみ取るようにしている。また、本人の思いや仕草への対応を家族に確認している。	
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ー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、本人の身体状態等を把握するようにしている。		

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。	介護計画は更新時や利用者一人ひとりの状態に応じて見直しされている。利用者、家族の意見は日頃のかかわりの中から聞き、全職員で意見交換やモニタリング、ケース検討会を行い計画に反映させている。介護計画担当者の勤務形態や常勤、パート職員等に考慮して、全職員がグループラインを活用して情報共有し、介護計画の実践に活かしている。	
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	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て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ようにしている。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。	希望する医療機関を家族対応で受診し、利用者の情報は身体状況を図式化した書面で提供している。訪問診療には2日前にFAXにて情報提供し、当日は家族に同席してもらっている。結果等は口頭で聞いている。福祉車輛の使用法を家族に教え活用してもらうようにしている。医師と医療機器メーカーと連携して呼吸管理支援の利用者もいる。	

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	毎日の状態に把握し、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介護が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。	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出来るように情報交換、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、地域の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。	契約時に事業所の方針を説明し、「重度化、終末期ケア対応における同意書」で本人、家族の意向を確認している。看取りについての外部研修に参加して学んでいるが事業所の現状ふまえての職員間の共有には至っていない。状態変化時に応じて、家族、医療機関、訪問看護と話し合い対応していくとしている。	
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	利用者が急変した場合の対応についての取り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なっている。	事業所の組織体制の変化により、避難訓練は実施されていない。計画も確認出来なかった。マニュアルは作成され、避難経路も表示している。災害に備えた備蓄品は5日分、カセットコンロ等もリュックに入れ玄関近くに準備している。	基準省令に年2回の避難訓練が謳われています。地域の協力を得て、利用者、職員が安全に避難できるよう、昼夜想定年2回の避難訓練実施に期待したい。

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	個々の人格を踏まえ、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掛けている。喫煙習慣のある利用者にはタバコを本数を、天候に合わせて場所を限定し、喫煙を支援している。	利用者の活気や習慣を大切にし、言葉かけも「さん」で統一、利用者の話を心から聞くように努めている。個人情報の保護方針や利用目的も掲示している。換気のため、利用者が居間で過ごす時は居室ドアを開けている事があり、出入口に暖簾をかけプライバシーの確保に努めている。	
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、自分で出来るよう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らせてもらっている)		
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、昼食後の昼寝後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る。	食事は3食事業所で、調理専属職員が昼食・夕食を作り、朝食は職員が調理している。利用者は時々おやつ作りに参加している。職員は休憩時間の確保等で味見や土・日には時々職員と一緒に食事を摂るに留まっている。外食を楽しみ、回転寿司に出かけている。	

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	食事の量は個人個人に合わせ提供し、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補給出来るよう支援している。		
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。	排泄パターンを把握し、日中は全員トイレで排泄できるよう取り組んでいる。利用者の行動や仕草を見て声かけ支援する事で日中の失敗はない。自立している利用者もいる。夜間はポータブル使用が1名、安眠確保でパット交換で対応している。排便状況も把握し、飲食物の工夫や運動等で便秘予防に取り組んでいる。	
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剤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。	入浴は週3回で午前中に同性介助で支援している。「介助中に気をつける事」を浴室ドアに掲示して注意喚起している。脱衣場は湿度調節器で、棚には着替えや予備のタオル等を整え、急がず、ゆっくりを心がけて支援している。、好みのソープやシャンプー持参の方、化粧品等で整容する方もいる。嫌がる方はいない。	

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
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、夜間就寝するのも本人の意思人まかせている。		
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って職員全員で内容を確認している。	個々の薬は、専用のボックスで保管し、7月より、薬の仕分けをペアで行っている。保管場所には服薬までの手順を掲示して共有している。訪問薬剤師が薬を管理している方もいる。服薬支援に関するマニュアルも整備し、処方箋は個別ファイルに綴り、内容を確認出来るようにしている。	
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	カラオケを使っでの発声練習、DVDを使っでの体操、暗算問題、塗り絵等を楽しんでいただいている。		
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、転機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。	利用者の状況を考慮して、ドライブに出かけたり、商業施設での買い物に出かけている。五感刺激、食事を楽しむ機会として外食にでかけている。日々の生活の中では、事業所周りでの日光浴、外気浴、隣の畑の野菜等の成長や収穫を見学している。	
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	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取れるようにしている。		
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込みやすく明るい。	共用空間の居間は広く明るい。食事や活動で使用するテーブルには生花を飾り、利用者は職員と一緒にカルタやぬり絵を好みの席で行っている。テーブルとソファは良い距離間で配置され、外も眺められテレビ、やカラオケ等が寛いで楽しめるように工夫されている。廊下も広く、居室と居室の間の壁には行事や活動の写真が飾られている。	
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事が可能で、テレビ前に誰でも利用出来るソファを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。利用者は自信で寝具類、収納ケースを持ち込んで頂いている。	ベットと冷暖房機が備え付けられ、居室づくりは、利用者の身体状況や動線を考慮してベットを配置している、寝具や筆筒、テレビ、整容用品、人形等が持ち込まれている。壁には家族写真や活動の写真等を飾り家族や職員と話題にする事もある。季節の衣替えは家族が行っている。医療機器での呼吸管理の居室には使用方法を掲示し職員間で共有している。	
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	利用者の方が安全に移動出来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で車イスも配置している。		

目標達成計画

作成日: 令和 2年 4年 15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	4 (3)	運営推進会議の構成委員の毎回の参加状況、意見交換の内容の整備、工夫に期待したい。また会議録の公開が望まれる。	推進会議の意義を理解し、報告だけではなく委員からの課題、助言を頂いたり、家族の要望等を引き出せる場にしていき、ケアに反映させサービスの向上に繋げていく。	職員間で推進会議の意義を勉強すし、話し合いたい課題を抽出する。会議の開催方法を入居者、家族が参加しやすい方法で行う。会議内容の透明性を確保するため議事録を整備する。	4ヶ月
2	6 (5)	身体拘束の等の適正化を図るため、委員会を3か月に1回以上開催するとともに職員への周知徹底を図ることが求められている。	定期的に身体拘束について勉強会を行い、職員の意識を高めるようにする。	身体拘束を含む高齢者虐待の勉強会を3か月に1回実施していく。職員は研修等にも参加していく	3ヶ月
3	12 (9)	健康診断の実施については労働安全衛生法に定められ、夜勤を定期的に行っている介護職員は年2回、その他の職員は年1回が義務付けられている。	職員の健康維持管理のため健康診断を実施し、ストレスチェック、健康相談等、働きやすい環境づくりに努める。	職員全員の健康診断の実施。夜勤勤務に就く職員については2回の健診を行う。	8ヶ月
4	35 (15)	規準省令に年2回の避難訓練が謳われています。地域の協力を得て、利用者、職員が安全に避難できるよう、昼・夜想定年2回の避難訓練実施に期待したい。	消防署員立会いのもと避難訓練を行う。また訓練実施の際は地域住民の方々へ参加の呼びかけを行う。	年2回の避難訓練をおこなう、また2回以外の訓練においても、職員のみでミーティング時等に想定し訓練を行う。	6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。