

## 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	4772500056		
法人名	特定医療法人アガベ会		
事業所名	グループホームわかまつ		
所在地	沖縄県中頭郡北中城村大城418-2		
自己評価作成日	平成28年8月22日	評価結果市町村受理日	平成28年11月10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	<a href="http://www.kai.gokensaku_ip/47/index.php?action=kouhvu_detail_2015_022_kani=true&amp;Jigvovocd=4772500056-00&amp;PrefCd=47&amp;VersionCd=022">http://www.kai.gokensaku_ip/47/index.php?action=kouhvu_detail_2015_022_kani=true&amp;Jigvovocd=4772500056-00&amp;PrefCd=47&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【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28年 9月16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)】

<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要時には専門職(セラピスト、歯科衛生士など)が訪問し評価を実施している。</li> <li>・自治会行事への積極的な参加や作品展示。(ムーンライトコンサート、盆踊り、スージグワァー美術館など)</li> <li>・法人全体で認知症ケアの充足を推進しており、「認知症ケアガイド」を全部署へ配布しケアへの参考・対応方法への足がかりとしている。</li> <li>・法人職員「チャプレン」が毎週訪問し、集団での話し合いや歌会を開き安心した時間を過ごせるよう支援している。</li> </ul>
--

## 【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>法人理念と事業所の基本方針を基に、全職員で作成した「実践ケア目標及び心構え5か条」が、アセスメントからケアプラン、日々の実践に活かされ、利用者も職員も生き活きとし、コミュニケーションも豊かである。事業所は中城城跡の近郊に位置し、各居室から外の緑が見られる設計になっている。5S活動も推進され、事業所内は居室や共有空間において整理整頓が行き届き、事業所周辺の雑草も綺麗に刈り取られ、玄関先の花壇は花木が植えられている。傍らのベンチに腰掛けて新聞を読むことを日課とする利用者もいて、一人ひとりのペースで生活が支えられている。運営推進会議には毎回複数の利用者が参加し、重度化により外出の頻度が減ってきた中でも、周囲との関わりに配慮するなどに取り組んでいる。</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 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広がったり深まり、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、生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

確定日：平成28年11月11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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	職員の見やすい位置に法人の理念、地域包括ケアセンターの理念、事業所の方針、実践ケア目標を掲示し、地域密着型サービスの意義付けを意識し、また職員手帳に理念の項目があり全職員が手帳を保持している。	法人理念や事業所の基本方針を基に、職員全員で5か条の心構えを作成し、日々のケアの中で取り組んでいる。一人ひとりの思いや残存能力等の把握に努め、アセスメントやケアプランの作成の視点として活かしている。	
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	日々の散歩や買い物へ入居者と出かけ地域の方々と挨拶を交したりしている。自治会へ加入する事で、行事案内を確認しながら参加や作品づくりができるよう努めている。	事業所と地域との付き合いとして、自治会に早期から加入し、スージグア美術館には、利用者が箸置きを作って出展しているが、利用者の高齢化に伴い、地域行事への参加が減少し、近隣住民の入れ替え等もあり、日常的な地域交流が難しくなっている。	地域密着型事業所において、地域とのつながりは大切であり、重度化に伴い外へ出る機会が減少する中で、地域を巻き込んで利用者と地域との関わりを検討し、協力体制を築けるよう期待したい。
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	法人全体としての取組みが強く、「認知症カフェ」、「地域交流会」などの広報や交流会への参加・事業所紹介・作品展示を実施している。		
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	村の担当者、包括支援センターとの連携を深めて協力体制に努め、ホームの情報提供や地域の情報交換、相談等を行っている。村からの行事案内等を頂いたり、良好な関係を築いている。年1回は小規模多機能ホームとの合同開催を実施し勉強会を行っている。	運営推進会議に毎回複数の利用者が自由に参加している。活動状況や事故・ヒヤリハット、事業計画、認知症関連の情報等の報告や外部評価のステップに挙げられていた「重度化対応・終末期ケア対応指針」についても話し合う等、幅広い内容となっている。	
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取り組んでいる	事業所ケアマネが介護保険関連の更新や情報収集等で窓口訪問している。毎月FAXで事業所の現状と入居状況を報告、入居相談も随時行っている。	市町村との連携については、行政からキーパーソン不在の方の受け入れを要請されたり、成年後見制度の研修案内を受けて、職員が受講している。長寿祝いでは毎年、行政関係者が参加し、利用者に記念品を贈呈している。	
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	ホーム内で身体拘束の勉強会を開催、法人内で勉強会参加(DVD学習もあり)。日中は玄関の鍵はかけず実践している。夜間は転倒防止としてセンサーも活用しながら安心・安全なケアを心がけている。	夜間不眠による動きのある利用者に対し、見守り強化や居室の配置変え、センサー使用する等、拘束をしないケアに取り組んでいる。現在は対象者はいないが、拘束の3要件と記録の重要性については、職員研修が実施され周知に努めている。	

沖縄県(グループホームわかまつ)

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
7		○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	虐待防止に関連する研修への職員派遣、その研修を元にミーティングの中で権利擁護の話し合いをし、人権、権利について話し合いをもっている。職員は入居者が安心して生活できるよう、接遇面も配慮し声かけを行うよう努めている。		
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	成年後見制度を利用しているケースが1名(平成26年10月まで)おり、今後制度の勉強会が必要と感じているが勉強会へは至っていない。権利擁護に関しては勉強会を実施している。		
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	契約時は、介護支援専門員よりご家族へ分かりやすい言葉で説明するよう心がけ、疑問や質問の場を設けている。ホームの体制等も十分に説明し納得、同意した上での契約を行っている。介護保険改正の際には変更点を説明・同意を得ている。		
10	(6)	○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	ご家族の意見や要望は面会時に聴取、担当者会議を6ヶ月に1回実施し、具体的なケア面の報告し、要望を取り入れケアプランに反映している。広域連合より毎月介護相談員が訪問、連携を図りながら入居者、ご家族のご意見、要望等へも対応している。	利用者の要望等については、担当者が日々のケアの中で聞いたり、夜勤時に聞くようにしている。「家に帰りたい」との要望を受け、自宅までドライブする等の事例もある。家族からの要望でサプリメントや飲み物の提供に対しても、全職員で共有して反映している。	
11	(7)	○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	管理者は常に職員の意見や要望を聞く機会を設け、ミーティングや人事考課面接(年2回)を行っている。日頃からコミュニケーションを図り意見の反映に努めている。必要時は上司へ報告、相談を行い意見の反映に努めている。	尿失禁の増えた利用者や頻繁に立ち上がる方へのヒヤリ・ハット対策等、全職員で意見を出し合って改善につなげている。勤務体制についてもシフト面で職員意見を反映し、働きやすい職場環境の維持に努めている。	
12		○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	職員のストレスや疲労がケアへも影響するため労働条件、職場環境整備、休暇の取りやすい環境に努め、年休行使、休日希望を取り入れた勤務体制を整えている。また業務内容を随時検討している。		
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、職員の力量に努め、法人内外の必要な研修への参加を促し実施している。人事考課制度により個々の目標設定を明確にし実施している。		

沖縄県(グループホームわかまつ)

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
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協議会やケアマネ協議会へ加入し、ネットワークづくり、連絡会主催の勉強会への参加を画策し、サービス向上に向けた取り組みをしている。		
<b>II. 安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	入居前後に、ご家族や以前のサービス事業所からの協力を得て、情報収集を行い生活状況の早期把握に努め、入居後は本人のリズムに合わせ、焦らずに徐々にアプローチしながら、精神面・身体面の状態を把握し、早期に信頼関係が築けるよう安心できる環境づくりに努めている。		
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	入居の際に、ケアマネより十分な説明と、要望・質問等の時間を設けている。入居後もご家族が声をかけやすいように笑顔で接し、ホーム側より入居者様の普段の様子や状況を伝えて要望等を伺っている。		
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	ケアプラン作成時に本人、ご家族の意見を聞き、必要としている支援内容を計画に反映している。必要に応じて他事業所の紹介を行い、次へ不安なく繋げるよう努めている。		
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	職員は常に人生の先輩として、教えて頂く場面が持てるよう声かけの工夫を行なっている。入居者様の得意な事を見つけ、出来る事に関しては常に感謝の気持ちを伝え、共に生活している時間を大切にしよう努めている。		
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	ご家族が参加するカンファレンスや、各行事(誕生会、敬老会、クリスマス会など)を通じ、また面会時などに現状を伝えながら、本人を支えていけるよう関係性を築いている。		
20	(8)	○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	地域の行事へ参加する事で馴染みの方との再会があった。また散歩等でも知り合いと合ったりするので、地域に出て行く事を支援している。	旧友の訪問や県外からハガキが届く時等、馴染みの関係が継続できるよう支援している。法人の病棟からの移行による利用者が多く、馴染みのチャプレンの来訪時は、コーヒータイムを設けて、利用者と共に職員も参加している。	

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	個々の性格や関係性に配慮し、席の配置や職員が間に入り声かけする事で孤立感を防ぐ配慮を行なっている。体操、日常の会話、歌会などを通じて利用者同士の関わり合いを支援している。週1回は法人よりチャプレンが訪問し集団での話し合いや歌を歌う等の関わりを行っている。		
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	入院等によりサービスを終了した場合等、ご家族からの再入居希望など相談や支援を実施、いつでも相談できる体制に努めている。法人の取り組みとして、亡くなられた家族へ呼びかけ「偲ぶ会」を年1回行っている。		
<b>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</b>					
23	(9)	○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	日々のケアの中で本人の希望や意向、要望等をアセスメントを実施、本人の気持ちを大切にしている。入居者の重度化が進む中、過去のアプローチを大切にし居室で音楽をかける等を実践している。	ドライブや散歩、夜間一人になる時、入浴等の様々なケア場面で利用者の要望を聞き、全職員で共有している。言葉によるコミュニケーションが難しい方には、ジェスチャーも交えて対話し、思いや意向の把握に努めている。	
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	生活歴や馴染みの環境等の重要性を十分理解し、本人・ご家族、以前利用していた他事業所からの情報収集に努め、記録等にも残し職員間で情報共有している。		
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	担当制にすることで定期的に入居者の心身状態をアセスメントし状況把握に努め、「出来ること」「出来ないこと」を見極め、「出来ること」に注目し自立支援を行なえるようカンファレンス前に職員間で話し合いを持っている。		
26	(10)	○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	カンファレンスを6ヶ月に1回行い、日々の生活状況の評価・課題を見つけ、本人、家族、介護職、ケアマネ(必要に応じて看護師)の意見を出し合い検討を重ね、介護計画へ反映、作成を行なっている。	5か条の心構えに則り、担当者は日々のケアの中から利用者のアセスメントを行い、職員カンファレンスに意見を出してケアプランにつなげている。モニタリングは計画作成担当が毎月行い、介護計画は6か月ごとに見直しを行っている。担当者会議には可能な限り利用者も参加させている。	
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	日々のケアの中での気づき、工夫の様子を個別の記録へ記入、ヒヤリハットや事故、重要事項などの記録は赤線を引き、職員間での情報を共有しやすい工夫を行っている。事前カンファレンスで検討・見直し等の話し合いを持ち、随時介護計画書へ反映している。		

沖縄県(グループホームわかまつ)

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
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	本人や家族の状況、状況に応じて通院の介助を行なっている。身体面の変化により、体圧分散マットやリクライニング車椅子のレンタルを行い本人の状況に合わせたサービスを実施。		
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	毎月、広域連合より介護相談員の訪問、訪問美容、看護大学や介護学生実習等の受け入れを実施している。近隣のスーパーへの買い物や散歩時も楽しみながら支援している。		
30	(11)	○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	希望するかかりつけ医となっており、訪問診療時はご家族、職員立会いにて相談、検討をし、適切な医療が受け入れられるように支援している。外来受診時は主治医へ情報提供を行い関係性を大切にしている。	3名がかかりつけ医を継続し、6名が協力医を受診しており、訪問診療6名、訪問歯科1名が利用している。受診の際は原則として家族が同行し、必要時には職員も支援している。受診時の双方の情報交換は情報提供書で行い、家族からは口頭でも受けている。	
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	職場内の看護師との日々の連携、訪問看護ステーションとの契約に基づき、週1回の訪問、24時間オンコール体制にて日々の健康管理、医療面での相談、助言を行なっている。		
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。	法人内医療機関と連携を取っている。他の医療機関とは法人の病院相談課を通じて、連携がスムーズに行われるように協力体制ができています。		
33	(12)	○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、事業所の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	医師より、重度化に伴う意思の確認、事業所が対応できる現状の説明を行なっている。本人、家族の意思を踏まえ、医師、看護師、介護にて連携をとり、より良い体制作りに取り組んでいる。	「重度化対応・終末期ケア対応方針」を作成し、医師や管理者が病状・状態に応じて個別に利用者や家族に説明し対応している。今後の看取りの実施に備えて、利用者や家族の意思確認を進め、マニュアルの作成に取り組んでいる。	
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	手順書を見やすい位置に掲示、見直しの際の申し送りを行なっている。新採用者は新人オリエンテーションにて救急法を学ぶ機会を設けている。		

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
35	(13)	○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回利用者参加にて、昼間・夜間想定のもと消防避難訓練を実施近隣住民への参加呼びかけを行い1回参加があった。停電に備え小型発電機を設置、活用している。	昼夜想定訓練を各1回、半年毎に実施している。住民の参加は未確認だが、近隣の消防署が協力的で訓練後の意見交換も行き、通報体制への助言も得ている。食糧等の備蓄は1日分のみで、マニュアルに関しては台風や火災のマニュアルのみが確認できた。	利用者の高齢化に伴い、近隣住民との協力体制は不可欠であり、住民への協力依頼を検討するとともに、食糧や生活用品等の備蓄、地震や豪雨等の災害時や事故対応等のマニュアルの作成・周知が期待される。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
36	(14)	○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	利用者の人格や誇りを傷つけないよう配慮した言葉かけを行なっているが、時々馴れ合いの関係で言葉を誤って使ってしまうこともあり、気をつけている。自己決定しやすい方言や標準語等の言葉かけを一人一人の性格を見ながら声かけするように努めている。	職員は県外出身の利用者から敬語を学び、丁寧な標準語の使用に努め、排泄や入浴、着替え時にはさり気ないケアを行っている。着替えや髭剃り、おしゃれ等、利用者が自分でできるよう、ジェスチャーや筆談等で支援し、権利擁護の研修も受講している。	
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したり、自己決定できるように働きかけている	日常の会話の中から、本人の思い込みを汲み取るように努め、意思決定しやすい言葉かけや筆談などで場面作りを行なっている。意思表示が困難な方には、表情やサイン等、相手のペースを考え見逃さないように気をつけている。		
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	その日の体調や希望に合わせて離床や食事、入浴など生活のリズムを本人に合わせて職員は臨機応変に対応している。		
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	毎朝の整容、寝巻きに着替える等、個々の生活パターンに合わせて支援している。身だしなみにも本人の希望を伺い、顔の毛ぞりや、口紅、アクセサリ、マニキュア、クリーム等、本人に選んでもらい満足感がえられるよう支援している。		
40	(15)	○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	入居者の重度化、職員不足もあり、朝食作り以外は外部(配食)発注し対応している。個々の咀嚼・嚥下能力に合わせて食事形態を変更している。	玄米を主食とする朝食とおやつは事業所で調理しているが、昼食と夕食は法人施設から配食している。職員は1名は同じ物を食べている。体調により下膳や食器洗いに参加する利用者もいる。食事介助の際、職員は目線を合わせて、利用者のペースで介助している。	
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	食事時の水分(お茶)、午前・午後と飲み物を提供。栄養状態が悪い方へは栄養補助食品の追加、医師指示による栄養食品の処方を実施している。		

沖縄県(グループホームわかまつ)

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
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	毎食後、必要時、口腔ケア、整容を実施。個々の能力に合わせて自立、清潔保持できるよう歯ブラシ、うがい用の薬品、お茶など工夫を行なっている。できるだけ、洗面台で行うように促して実施している。		
43	(16)	○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	トイレでの排泄を大切に、自尊心を傷つけないように個々に合わせオムツを選定、評価を実施しパッド、オムツを検討し、家族へ相談、購入している。夜間のトイレ声かけやポータブルトイレの設置を個々に合わせて実施している。	排泄表で個々のパターンを把握し、日中はトイレでの排泄を支援し、夜間はオムツやポータブルトイレで介助している。同性介助を基本に、さり気ない声かけで誘導したり、「ドアを開けたままにして」という利用者にはのれん越しに見守りをしている。	
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	食事内容、水分量、運動に気をつけ腹部マッサージ等、個々に合わせて行なっている。玄米やヨーグルト等を食事メニューに加えており、常に便秘予防に気をつけて自然排便を促しているが、便秘が強い方に関しては下剤の調整を実施。		
45	(17)	○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	週2回の入浴を基本としており、気持ちよく入浴できるよう衣服の準備から工夫している。拒否の強い方へは、チームアプローチを行なっている。気持ちのよさが残るように、入浴後のフォローへも配慮し声かけを行なっている。	入浴を楽しむことができる支援として、利用者の重度化に伴い、入浴は週2回としている。整容時には鏡を見ながらローションをぬり、湿布薬を貼る際にも小まめに声かけしている。入浴拒否の際は日時や入浴順、職員の変更等を行ない、ミーティングで成功例を共有している。	
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	日中に活動を個々に合わせ取り入れ、リズムを整えている。気持ちよく安眠できるよう環境(照度、室内温度、音、前後の行動対応)へ配慮している。不安で不眠の方へはゆっくり話をしたり、飲み物を促し、対応している。		
47		○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	薬の処方、変更があった際には申し送り、職員が情報共有でき、状態の変化等も記録に残している。チェック表に記載。1日分の薬を入れるシートには薬の名称・効能を記載している。		
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	一人一人の有する能力に応じて、裁縫、新聞折り、散歩、家事手伝い、塗り絵、ビデオ鑑賞(民謡など)、歌会やライブなど希望を取り入れながら気分転換を図っているが、マンネリ化の状況もある。		

沖縄県(グループホームわかまつ)

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
49	(18)	○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	希望に応じて出来る限りの対応が出来るよう外出支援に努めている。 日々の散歩、近隣スーパー、近隣ドライブ、自宅訪問などを実施している。外出支援としてピクニック等を企画(外食など)・実施している。	事業所周辺や近隣の公園、スーパー等へ週2~3回徒歩や車で外出し、「家に帰りたい」という方には、旧盆等の帰宅を支援している。外出を拒む方には理由を確認し、意向を尊重している。外出が困難な方は、玄関前の花壇が楽しめるベンチで外気浴をしている。	
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	入居者個々の金銭を管理、本人に必要な物や、買い物で本人が希望する物を購入している。		
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	希望の際には電話が出来るように支援している。手紙があった際は代読したりする事もある。意思疎通が困難な方でも、ご家族から電話があった際は声を聴かせるなど配慮し、支援している。		
52	(19)	○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	玄関前や施設廻りに花壇を設けて外気浴を行ったり、花などを食堂に生けたりする。湿度が高いため、温度調整に配慮し不快感を与えないよう配慮している。廊下には四季を感じさせる写真、玄関には飾りつけを行っている。	玄関前の花壇は良く手入れされ、食堂や廊下、浴室、便所等が整理整頓され、清掃が行き届いている。廊下の程よい日差しや緑が眺められる中庭が設けられ、寛げるソファが設置され、壁には利用者の作品や絵、写真等が飾られている。	
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	廊下のベンチや玄関先のベンチ、居室のソファ等を利用し思い思いに過ごせる場所がある。ご家族が面会に来られた場合にも居室にソファやテーブルを準備している。		
54	(20)	○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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	本人とご家族にて居心地よく過ごせるよう、写真や思い出の品を配置していただいている。状況に応じて配置換えをする際は本人の要望を取り入れ相談したり、ご家族と相談し住みやすい環境へ配慮している。	各居室にベッド、大型ソファ、タンス、ハンガーラックが設置され、利用者は寝具や家族等の写真、ラジオ、孫の作品等、持ち込んでいる。模様替えなどは、利用者や家族の要望に応じて行っている。	
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	事業所内で移動する場所には手すりを設置、トイレ内にも必要な箇所には手すりを設置し自立支援を配慮、居室前には氏名を表示、居室では自作の手すりや木製椅子を置いて手すり代わりにするよう配置に工夫している。		

(別紙4(2))

事業所名 : グループホームわかまつ

作成日 : 平成 28 年 11 月 9 日

## 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	35	災害対策として火災に関してはマニュアル整備を整えているが、地震、水害等の対策が未整備、備蓄に関しても整備が必要	災害マニュアル(火災・地震・水害等)の作成と整備、備蓄の検討。	・災害マニュアル(火災・地震・水害等)を法人の意見も取り入れながら、グループホーム協会の「防災マニュアル」を参考に作成・整備する。 ・備蓄に関して、食品、備品の種類や確保数、保管場所の検討、資料を作成する。	12ヶ月
2	2	地域とのつきあい、特に近隣とのつながりとして、項目35に関連し、災害時の近隣住民への協力体制が必要である。	地域住民・近隣住民とのつながりが日頃から持て、相互の協力体制を構築する。	運営推進会議で議題として取り上げ、様々な意見・提案を頂きながら地域とのつきあい・つながりを模索していく。	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、行を挿入してください。