

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	4773200029		
法人名	社会福祉法人 立命会		
事業所名	グループホーム しらゆり		
所在地	沖縄県南城市知念字久手堅275-3		
自己評価作成日	平成28年8月23日	評価結果市町村受理日	平成29年 1月27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.kai.gokensaku_ip/47/index.php?action_kouhvu_detail_2015_022_kani=true&JigovsvoCd=4773200029-00&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28年10月26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)】

・事業所の理念である「人としてこうありたいという姿を実現できる支援」を目指し理念は職員間で浸透してきており利用者様とのコミュニケーション、丁寧な介助を心掛けるといったケアに繋がってきました。
 自立支援である「水、飯、クソ、運動」は自然と生活の場に定着しています。
 日々体調や精神面の変化が変わりやすい認知症高齢者が住み慣れたホームで安心して生活が出来るよう、訪問診療、訪問看護を取り入れ、介護、医療との連携を密に行い、健康管理、異常の兆候の早期発見、対応に努めています。
 2ヶ月に1回の運営推進会議を開催し、南城市や地域住民、ご家族との連携を図り、又、広域連合より介護相談員の受け入れをし開かれた施設を目指しています。

【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)】

当事業所は、法人とともに利用者本位・尊厳を柱に、法人全体で水分摂取の大切さや排泄等における自立支援を実践している。敬老会や行事等に地域の保育園児の参加やシルバーコーラス、地域出身者の三線ボランティア、職場体験も受け入れている。毎月広域連合の介護相談員を受け入れ、情報交換を行い、質の向上に努めている。身体拘束等についての勉強会等は、法人全体として取り組み、身体拘束のない支援を職員は周知し、夜間は30分ごとに巡回し、安全に配慮している。避難訓練は隣接の法人施設と合同で実施している。管理者及び計画作成担当者は、今年2月より勤務しており、調査時はまだ間もない中においても、一生懸命に頑張っている様子が伺えた。

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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 (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、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29年 1月10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	理念は浸透してきており、利用者の意思を尊重したケアに繋がってきています。例えば、利用者への声掛け、介助を丁寧に行う。利用者へ可能な限り意思決定を行ってもらおう「どっちの洋服が良い？」等選択しやすい声掛けを意識しています。	理念の共有と実践については、利用者本位で高齢者の尊厳を柱に、法人全体で水分摂取や排泄等の自立支援を実践している。理念は3年前に職員間で見直し、認知症になっても地域との結びつきを大切に、家族と毎週自宅への外出やデイサービス、行事等での交流を支援している。	
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	地域の団体、サークルのお年寄りや子供たちの慰問を積極的に受け入れ、交流を行っています。地域の方から「久しぶりですね、元気だった？」等の声掛けがうれしいです。	事業所と地域とのつきあいについては、事業所の敬老会に地域の保育園児の参加やシルバーコース、地域出身者の三線ボランティア、職場体験の受け入れも行っている。地域にあるシュガーホールでの演奏会鑑賞に出かけたり、ハーリーに職員が参加し、利用者も見学に出かけている。	
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	慰問に来てれる、子供たちの活動場所へ出向き、認知症について、又、グループホームで生活するお年寄りについて、理解を深めてもらえるようにお話しをするようにしています。		
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	前年度より地域密着型特養おおざとの合同開催を行っています。互いの施設の状況や地域の様子を知る事が出来るようになってきました。年6回開催し入居者様の状況、事故報告、外部評価の報告、行事や支援の取り組みについても詳細を報告し開かれた施設を目指しています。	運営推進会議を活かした取り組みについては、地域密着型特別養護老人ホームと合同で2か月に1回開催し、行政職員や地域代表は毎回参加している。利用者やその家族は欠席することもあるが参加し、事業者から利用者状況や外部評価結果を報告しているが、事故等の報告はされていない。	運営推進会議においては、事業所の事故等の報告も含めた利用者状況をもとに、参加者の意見及び情報交換が望まれる。
5	(4)	○市町村との連携 市町村担当者とは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	広域連合より介護相談員の方が毎月訪問に来られ入居者の思いや希望を聞かれている。職員の適切な声掛けや対応等を評価して頂き、職員のモチベーションアップへ繋がっています。	市町村との連携については、運営推進会議での情報交換の他、介護相談員の受入れ、介護保険更新申請や事業所の空き情報等、連携を図っている。法人の特別養護老人ホームは行政から災害時等の避難場所となっている。管理者は認知症キャラバンメイトを受講し、行政職員から講師の協力依頼もある。	
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	身体拘束については、ご家族、職員と相談し必要に応じて就寝時センサーを設置しています。ご家族からの同意書を頂き、状況確認の中で転倒の危険性が減少してきたら設置中止を行っています。	身体拘束をしないケアの実践については、法人内の学習会に参加し拘束をしないケアの重要性を理解するとともに、実践している。事業所は1階で玄関から利用者が出入りできる状況にある。夜間はセンサー使用や30分おきに巡回し、安全に配慮している。身体拘束をしないリスクについては家族等に説明している。	

沖縄県(グループホーム しらゆり)

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	権利擁護、虐待防止、リスクマネジメント研修へ毎回職員を変えて派遣しています。伝達研修を行い、ケース会議の中でも取り上げ丁寧な介助を心掛けるよう意識付けを行っている。		
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	権利擁護、虐待防止、リスクマネジメント研修へ毎回職員を変えて派遣しています。伝達研修を行い、ケース会議の中でも取り上げ丁寧な介助を心掛けるよう意識付けを行っている。		
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	重要事項、契約書の説明を分かりやすく話せるように努めている。特に退居の要約について大事な部分は繰り返しお伝えするように努めています。		
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	事業所の玄関に意見箱を設置している。苦情に関しては、ホームで変わった事等があれば小さな様子でも必ずご家族に報告し伝えるように努めています。又本人、ご家族の意思を尊重しています。	運営に関する利用者、家族等意見の反映については、日常的に利用者に言葉かけを行い、要望を聞くようにしている。「外に出かけたい」との利用者の希望を踏まえ対応している。家族の希望を受け、定期的に髪染めを支援し、利用者も満足しているようである。	
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	職員の意見を反映しケアを行っています。ケアのバランスを見て負担が大きくないか等いつも気にかけています。職員の休日希望に関しては平等に届けが出来るように改善しています。	運営に関する職員意見の反映については、管理者は母体法人の事務長を兼務し、職員の人事面も担当している。管理者は職員の勤務態勢に関する相談を受け、家庭の事情で勤務時間を遅くする等、ワーク・ライフ・バランス体制に配慮し、職員が働きやすい環境に反映している。	
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	毎日のコミュニケーションを意識し職員の心身の状態を観察している、いつもと違う様子があれば判断し段階を踏んで面談を行う事もある。代表者に相談し面談を行い常に職員が活気よくモチベーションを維持できているか業務に努めているか把握できるように努めています。		
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	職員研修へ積極的に派遣している。研修テーマに沿って職員が現場で内容を生かす事が出来るよう選定している。		

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
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に加盟している。介護研修への参加、交流を図れるようにしている。		
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	ご家族や以前利用していた施設職員から聞き取りをし、本人の細かな生活歴を聞き明確な情報収集をし本人の不安や混乱を軽減できるよう努めています。		
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	入居前のアセスメントの段階から詳細に生活歴、既往歴等聞き取りをし情報収集し本人の不安や混乱を軽減できるよう努めています。		
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	ホームでの支援状況を詳細にお伝えし様々なサービスについての支援を含めて対応できるよう支援している。		
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	役割づくり(家事、洗濯、買い物)等本人がやりがいをもった生活が過ごせるよう支援しています。利用者同士で声掛けあい「あんたこれやってね」等活気が見られます。		
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TEL等で気になる事や報告したいことはご家族へ迅速に伝えられるよう努めています。ご家族の要望は直ぐに職員へ伝え共有するようにしています。行事等と一緒に参加する機会を作り面会時にはお茶をだしゆったりしてもらおうような環境作りを行っています。		
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	ご家族の面会を歓迎し、施設の行事にも多くの家族が参加し、共に楽しい時間が過ごせるように努めています。	馴染みの人や場との関係継続の支援については、殆どの利用者が近隣地域出身で、法人の特別養護老人ホームや通所介護からの入居となっている。地域がら利用者の家族同士も知り合いであることから、互いの情報を得ている。地域へ出向くことはすくないが、隣接したデイサービスに出向き知人と交流している。	

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	利用者同士の相性や本人の意向を尊重し席の配置や部屋を工夫しています。利用者が孤立しないように一緒に出来るもやし作りや選択量等で関わりが持てるように配慮しています。		
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	入院中は面会へ伺ったりご家族と連絡を取り合ったりしています。入所先へ面会に伺ったりし本人さんとの関係が途切れないようにしています。入所先でお亡くなりになった後もご家族がホームへ顔を出しに来てくださることもあります。		
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	(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	入居前のアセスメントの段階から詳細に生活歴、既往歴等聞き取りをし情報収集しています。個別ケアを作成し日々、その時の状況に合った支援を話し合いケアを行っています。	思いや意向の把握については、殆どの利用者と団らん時や個別支援時等に会話を介して意向の把握に努めている。二人部屋の利用者の場合、一人部屋で眠りたくないとの希望があり対応している。言語での対応が困難な利用者には、表情等を把握し対応している。	
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	入居前、入居後の生活の中で状況を見ながら本人、ご家族、地域の方、事業所の職員等より聞き取りを行っています。本人の今置かれている状況を観察しその都度職員と申し送りしカンファレンス等で共有している。		
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	毎日の健康チェック心身の状況把握に努め異常の兆候の早期発見に努めています。訪問診療、訪問看護、訪問歯科、主治医と連携を図り連絡を密に行っています。		
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	毎月開催されるケース会議、アセスメント、モニタリング、サービス計画書を実施し本人、ご家族の意向を尊重したケアプラン作成に努め職員や関係者と連携を図っています。個別ケアを毎月作成しケアを分かりやすくスムーズに統一できるように努めています。	毎月の会議の中で、サービス内容についてモニタリングを行っている。6か月から1年で介護計画を見直し、状態変化に即した随時の見直しはされていない。介護計画に沿ったサービスの提供やその実施記録は確認できなかった。一部の介護計画については、利用者家族への説明及び署名のない計画がみられた。	介護計画については、利用者等に説明し、同意の署名捺印を得て、利用者に交付するとともに、介護計画の職員への周知、及び計画に沿ったサービスの提供とその実施記録を残すこと、さらに、状態変化に応じた計画の見直しも望まれる。
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	申し送り簿、ケース記録、ほのぼの介護記録に日々の利用者の状態を記録している。短期目標が周知しやすいよう毎月個別ケア作成し達成できたかチェックしている。		

沖縄県(グループホーム しらゆり)

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	本人のやりたいこと、ジュースを買いに行くや刺身が食べたい、ケーキが食べたい、散歩に行きたい等希望に沿って対応している。意思疎通が困難な方はご家族より聞き取りし協力頂いています。		
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	運営推進会議の委員の方や、広域連合の介護相談員より、事業所の運営、利用者のケアに対してご意見をいただいている。		
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	今までかかっていた病院、ホームの訪問診療等ご家族の希望に沿っている。入院中は適宜、足を運び主治医やナース、相談員、ご家族と状況を確認しながらなるべく早い退院が出来るよう支援している。受診時は職員が付き添いホームでの様子を細かく伝え、情報をご家族とも共有できるように努めています。	かかりつけ医を継続している1名以外は、月2回の訪問診療を利用している。受診時は家族か職員が立ち会い、医師との情報交換を行っている。立ち会いなかった家族へは面会時等に受診結果を伝え、情報を共有している。	
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	必要時は母体特養ナースと応援体制を整えています。又訪問看護を利用することもあり早期の治療、受診を支援しています。日々の健康チェック、心身、睡眠の様子を申し送りし迅速な対応を心掛けています。		
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。	入院中は面会に伺ったりご家族と連絡を取り合っています。担当の相談員と情報交換し入院時の支援、早めの退院に向けて関わりをもつようにしています。		
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	入居契約時にご家族へ意思の確認を行っています。重度化の段階に入る前より主治医、ご家族へ相談しながら今後の方向性を話し合い希望する福祉施設、病院等の紹介を行い支援しています。	重度化や終末期に向けた支援については、利用開始時に家族に事業所の方針を説明し、必要に応じてケース検討会議において医師や家族と話し合っている。利用者にとってのより良いケアを目指すとともに、家族の意向を汲むように努め、医療施設等との連携を図っている。	
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	年に2回全職員が参加できるよう交代で法人の救急法研修へ参加しています。AEDの使用法、人工呼吸、心臓マッサージ及び外傷処置についても学んでいます。		

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	スプリンクラー、消火器火災報知器の設置済み。定期的に消防設備の点検を行っています。台風時は自家発電機を設置し停電に備えている。備蓄も完備している。	法人施設と合同で、昼夜想定避難訓練を3回実施している。食堂からベランダ、近くの駐車場への避難経路を確認し、法人の警備員等の協力も得て実施している。台風時の対策会議もその都度行い、利用者・家族の安心につながっている。備蓄は法人と協力して行っている。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	申し送り時は利用者の名前はイニシャルで示すようにしている。理念を意識し接遇声掛け、介助は丁寧にすることを心掛けています。	「お願いします。」という声かけや方言での会話など、利用者との丁寧なコミュニケーションを心がけている。同性介助を基本とし、入浴や食事の場面では、利用者を尊重した対応をしている。訪問美容や染髪、外出願望のある方にバッグを持たせるなど、利用者の意思や要望に応える支援もしている。	
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	本人の希望はあらゆる会話の中からも引き出すようにしている。それを叶えるよう職員とも話し合いケアに生かせるようにしている。意思疎通が困難な方についても話掛けや表情しぐさ、ご家族からの情報を努めている。		
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	一人一人のペースを保てるよう支援している。個別ケアにも取り入れ職員が統一して支援できるように努めています。たとえば朝の起床、新聞を見るか、化粧がしやすいよう常時鞆に入れておくなどの配慮等です。		
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	化粧が出来る方、日課の方は、鞆に準備し好きな時に出来るようにしたり、職員が手伝って行います。着る服は本人さんに選択してもらうなど支援しています。又訪問散髪に来ていただき、カラー、カットを行っています。		
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	嗜好調査によって、お年寄りの好みに応じた献立を作成し、食欲がない方には好物のパナナを提供したり食事形態を工夫したり一人一人の状態を見て提供しています。	昨年の11月から3食配食になったが、ご飯は事業所で炊き、食事提供している。利用者は食事の受け取りや配膳等に参加し、職員は後で利用者と同じ物を食べている。おやつ等に手作りの蒸しパンやウムクジ天ぷらなど、正月や旧盆、敬老会、冬至などには行事にちなんだ食事を提供している。	
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	摂取状況は記録を行い、水分量は毎日回り1500CC以上摂取目標にしている。10時にはコーヒーを沸かして飲んでいる。飲料の種類も豊富にし牛乳、アイスティー、時にはコーラー等飽きのこない内容にしています。		

沖縄県(グループホーム しらゆり)

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、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	毎食後口腔ケア実施している。舌も洗うようにし誤嚥性肺炎を予防に努めている。訪問歯科とも連携し定期的に受診行っている。		
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	トイレでの排泄誘導を基本とし日中は綿パンツにしている。排泄パターンを把握、記録している。夜間帯は睡眠が妨げられる方に関してはリハビリパンツで対応している。	日中は、誘導によるトイレでの排泄を支援し、夜間はトイレでの排泄やリハビリパンツで支援している。同性介助を基本とし、排泄の失敗時には、さりげない対応を心がけている。排泄の自立や転倒予防も兼ねて、手引き歩行などで支援している。	
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	水分量の増加、運動の支援、寒天ゼリー、オリゴ糖の提供支援を行っています。お米にオクノス食物繊維を入れている。排便-3.4日目にセンナ茶の提供を行っています。		
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	安心できる声掛け、誘導方法を行っている。たとえば時間帯、誘導を二人で対応するなど。同性介助を基本としています。	入浴は、週3回とし、おもに午後の昼寝後に支援している。1人で入ろうとしたり、入浴を嫌がる利用者には声かけや誘導を工夫したり、日時を変更して対応している。入浴後にローションやマッサージで、入浴を楽しめるようにしている。要望に添い、同性介助を徹底している。	
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	日中の活動量を意識し活動量、水分量、排便の状況を支援し不眠の緩和を支援している。眠れない時は職員がお茶を出したりお話ししたり一緒に巡視を回ったりと本人が安心できるように対応しています。		
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	服薬は見本をつくり、夜勤の職員が毎日セットしています。服薬の変更時は副作用の注意等各勤務で申し送りし共有している。服用に関して最後まで確認している。		
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	毎日の散歩、好きなテレビ音楽鑑賞、買い物、地域交流、行事等でリフレッシュになるよう支援しています。		

沖縄県(グループホーム しらゆり)

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	散歩では自然の中で一緒に花を摘んだり景色を見たり楽しんでいる。販売機でジュースを買いに行く方もいる。ドライブや交流会、行事や遠足等可能な限りの支援を行っています。	日常的な外出としては、事業所周辺の景色の良い場所まで、手引きや車イスでほぼ毎日全員が散歩をしている。週に1回買い物に出かけたり、毎日自販機まで好きな飲み物を買に出かける利用者もいる。外出ができない場合は、眺めの良いベランダで外気浴をする利用者もいる。	
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	本人の希望で買いたいものがあるときの為に現金を持っている方がいます。ご家族へ説明してもらって安心して頂く方や、ジュース等を購入する方もいます。		
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	本人が電話したいと希望する方にはかけてあげたり、落ち着きがない等こちらからくみ取ってご家族へ電話する方もいてご家族の理解を得て支援につなげています。		
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	車いすや歩行器等は指定の場所へ置くようにし、利用者が安全に移動できるようにしている。利用者がくつろぎやすいように廊下や食堂にソファを設置している。トイレや浴室はわかりやすい様に表示している。自分の部屋が認識しやすいように居室前には名前を表示している。	広々とした廊下は物を置かないようにし、利用者がソファで寛いだり、手引き歩行で活用できるようにしている。食堂兼居間から外の様子が眺められる作りとなっている。トイレ等の表示は大きい文字で書かれている。	
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	食堂や廊下にはソファを設置して好きな時に座って利用者同士が談笑している。新聞や雑誌等もテーブルに置いて好きな時に読んでもらえるようにしている。		
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	契約時にご家族へ本人さんが使用していた物品があれば部屋に持ち込むよう依頼している。写真や人形等は安心感に繋がっています。	各居室にはベッド、タンス、温度計が備えられ、利用者は鏡台やぬいぐるみ、家族のアルバムや編み物道具などを持ち込み、好きな俳優の写真等を飾っている。職員が毎日掃除を行い、半年に1度家族の協力を得て大掃除もしている。1人では寝られないという1名の要望を受け、2人部屋を利用できるよう配慮している。	

(別紙4(2))

事業所名 : グループホームしらゆり

作成日 : 平成 29年 1月 27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	26	① 状態変化に即した介護計画の見直しがされてない。 ② 介護計画に沿ったサービスの提供やその実施記録となっていない。 ③ 一部の介護計画、利用者家族への説明及び署名のない計画書がある。	①⇒6ヶ月(1年)もしくは、状態変化に応じ介護計画を見直す。 ②⇒介護計画を職員に周知、及び計画に沿ったサービスを提供し、記録を残す。 ③⇒介護計画については、利用者、ご家族へ説明し、同意の署名捺印を得て交付する。	① 6ヶ月(1年)もしくは、状態変化に応じ介護計画を見直しについて計画的に実施し、管理者で確認をしていく。 ② 月に1回のケース検討会議をプランについて周知の場とする。プランにもとづいたケアを実施し、記録する。 ③ 日用品の補充等(届け)もありで、ご家族は必ず面会に来てくださるので、その際に説明し、同意の署名捺印をいただく。	6ヶ月
2	4	運営推進会議では、行政職員や地域代表も参加し事業所から利用者状況や外部評価の結果等は報告されているが、事故等の報告がされていない。	事故に至らなかった、ヒヤリ・ハット報告も運営推進会議で報告し、参加者の意見をいただき、情報交換をする。	スタッフに対し、事故に至らないまでも、ヒヤリ・ハットした『ヒヤリ・ハット報告』を多くあげて、内容をお互いに周知し、事故防止に努めていくことを伝え、あがった報告を運営推進会議で報告し、情報交換をする。	6ヶ月
3					ヶ月
4					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。