

### 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	4790500054		
法人名	社会福祉法人 善隣福祉会		
事業所名	認知症対応型共同生活介護事業所 愛誠園		
所在地	沖縄県 宜野湾市 伊佐 2丁目1番6号 グランドステージMG道下1階		
自己評価作成日	令和元年 10月 20日	評価結果市町村受理日	令和2年4月13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.kaigokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JiqyosyoCd=4790500054-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search">http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_022_kani=true&amp;JiqyosyoCd=4790500054-00&amp;ServiceCd=320&amp;Type=search</a>
----------	---

**【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 11月 21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>○利用者様が生き生きとした生活が送れるように職員が目の届く範囲に居て目配り、気配りをしている。</p> <p>○利用者様、皆さんに声掛けを行い、毎朝のラジオ体操・レク体操・早口言葉・脳トレーニングを行っている。</p> <p>○地域の保育園と定期的に交流会を行っており、その度利用者様から笑顔が見られ楽しまれています。</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、「食欲は健康のパロメーターとなる」指標の食事を3食事業所で調理している。調査当日も利用者も参加しての昼食作り、食事形態も異なるが殆どの利用者が完食、職員も同一の食事を一緒に摂っている。台所も対面で利用者の見守りや調理の音、匂いで食を高めている。日中はトイレでの排泄に取り組んでいる。訪問診療、訪問看護と契約して医療連携が密になり、職員・家族も健康面では安心できる。短時間勤務のパート職員導入で連続休も可能になり、職員の負担軽減に繋がっている。職員、利用者も穏やかな表情である。</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)	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族と <input type="radio"/> 2. 家族の2/3くらいと <input type="radio"/> 3. 家族の1/3くらいと <input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. 毎日ある <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度ある <input type="radio"/> 3. たまにある <input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように <input type="radio"/> 2. 数日に1回程度 <input type="radio"/> 3. たまに <input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. 大いに増えている <input type="radio"/> 2. 少しずつ増えている <input type="radio"/> 3. あまり増えていない <input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての職員が <input type="radio"/> 2. 職員の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 職員の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての家族等が <input type="radio"/> 2. 家族等の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 家族等の1/3くらいが <input type="radio"/> 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)	<input checked="" type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が <input type="radio"/> 2. 利用者の2/3くらいが <input type="radio"/> 3. 利用者の1/3くらいが <input type="radio"/> 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
<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	理念をトイレ・キッチン・玄関等の常に職員の目に入る場所へ掲示しており、常に意識しながら支援を行っている。	地域密着型サービスの意義をふまえた理念で、管理者は、支援の時も手を出しすぎない事を職員に話し実践に繋げている。理念は職員が目につく処に掲示して意識づけしているが、日々のサービス場面での振り返り、ケアが理念に結びついて反映されているか等、理念について職員間での話し合いが行われていない。	ミーティング等で理念について話し合う機会、理念に関連づけてサービス場面での振り返り等行い、理念を共有しての実践が望まれる。
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	地域の保育園と定期的に交流会を持ち、子供達と接する機会を設けている。 敬老会に地域の方に琉舞やエイサーでの協力をお願いしている。	2カ所の自治会長や民生員が推進会議構成委員で情報を得たり、班長が地域便りを届けてくれ、近隣より野菜の差し入れもある。年2回地域の清掃活動に職員が参加し、小学校での福祉体験で管理者が車イスの使い方や認知症、事業所について話している。行事には地域のサークルや青年会が演舞、上階の保育園児と週2回程度交流している。専門学校の実習生も受け入れている。	
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	見学・相談に来られた方にグループホームや認知症についての説明等を行い理解を深めてもらえるよう努めている。 小学校の福祉教育に参加し、車椅子体験等に講師として参加している。		
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	年に6回、2ヶ月に1度運営新会議を開催し、現状報告や活動報告、今後の予定等を報告している。会議の中の意見等は職員間ミーティング等で議題に上げ、サービスの向上に活かしている。	運営推進会議は奇数月に年6回定期的に開催しており、事業所の状況や事故等も報告され、会議録も閲覧できる。委員より「職員体制について」や「前回の会議録を添えてほしい」の意見に反映している。課題であった知見者は7月の会議より参加されているが、家族は2回のみ参加で利用者は参加していると話されていたが、会議録からは1回も確認出来なかった。	利用者の参加が確認できる記述、運営推進会議の意義を理解して頂き、家族が参加できる日時の設定や工夫が望まれる。
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	運営推進会議に担当の市職員に参加して頂いており、その都度、相談やアドバイスを貰っている。市のグループホーム連絡会に参加し情報交換やアドバイスを貰っている。	市担当者からのアドバイスで、1枚の避難経路図から、避難経路を絵と矢印表記(→)で表し、分かり易く利用者から見えるように貼っている。運営推進会議やグループホーム連絡会、地域密着サービス運営委員会等で情報交換している。研修等の案内や空き状況、諸手続きで窓口訪問など連携を深めている。	

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	2ヶ月に一度身体拘束適正化委員会を開催している。定期的に法人内研修に参加し、その内容は他の職員にも周知している。	管理者、職員は、指定基準11の禁止の対象となる具体的な行為を正しく理解し、法人内研修に参加して拘束しないケアに取り組んでいる。身体的拘束等の適正化のための指針、2ヶ月毎に委員会は開催されている。家族には、事業所の方針を利用契約時やサービス担当者会議でリスクについても説明し理解に繋げている。	
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注意を払い、防止に努めている	年に2回、全職員で身体拘束適正化の為の指針の読み合わせ、変更箇所等の確認を行っている。マニュアルを作成し、新しい職員にも研修を行っている。	法人内で、外部講師によるメンタルヘルス研修や虐待防止の研修に参加して学び、虐待の防止の徹底に取り組んでいる。ケアの中で口調が強いなど気になる時は職員間で注意や後で職員のメンタル面も確認している。毎年ストレスチェックを実施している。	
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	身内の少ない利用者様には説明を行い権利擁護の説明をし、活用できる様にしている。		
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	利用者様、利用者様家族に対し、十分に説明を行い、疑問点等があればその都度説明を行い理解して貰える様努めている。		
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	玄関に意見箱を設置している。推進会議に家族代表にも参加して頂き意見を求めている。	利用者からは、日々の生活の中で聞き、家族からは面会時や行事等で来所時声かけ、本人の状況を伝えながら聞く機会としている。家族から「玄関に防犯カメラの設置」の意見には、19時には玄関施錠しての対応や事業所の方針を説明して理解を得ている。病院受診の対応が家族では困難で、事業所での対応の意見にはその日の職員の勤務状況等も考慮して反映している。	

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	月に1度全職員のミーティングを行い、利用者様の個別の状態等の意見や行動等を話し合っている。	月1回のミーティングや業務の中で聞く機会としている。活動の充実では脳トレや下肢筋力強化に取り組み、「調理器具増やして」の意見に圧力鍋を購入している。以前より職員の増員の意見が有り、運営推進会議で「現在の職員体制で大丈夫ですか」と不安の声もあり、法人と話し合いパート職員採用に反映している。	
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	法人と連携し職員体制(パートの導入)改善を行い職員の負担の軽減に努めている。毎月休みの希望を聞きシフトに取り入れている。必要な物があれば職員間で話し合い、購入している。	職員はインフルエンザの予防接種や健康診断を年2回実施している。職員の休憩時間、場の確保には至ってないが「体調がキツイ時は車で休んでよい」事を管理者は話している。パートの導入で職員体制も改善し、職員の負担軽減に繋がり、連続休も取れる職場環境となっている。	
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	外部研修、法人研修に参加し、職員個々が好きスルアップの機会の確保に努めている。		
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	市内のグループホーム連絡会に参加し、情報交換、意見交換を行っている。他事業所の運営推進会議に参加したり、自事業所の推進会議に参加を依頼している。		
<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	常に利用者の声に耳を傾け、コミュニケーションを取りながら信頼関係を構築し不安を無くすよう努めている。		

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	利用者家族や介護保険サービス関係者と会話を通じ情報を共有し信頼関係構築に努めている。		
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	会話の中から本人や家族の要望等を伺いながら必要な支援を決めている。職員間でも話し合いながら必要な物があれば購入している。		
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	日々のコミュニケーションの中から本人が出来る事、好きな事を見つけ一緒にい信頼関係構築に努めている。1人1人への声掛けを大事にしている。		
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	面会時に会話を通じ、要望等を聴きながら意見交換し問題点等を共有しながら家族、職員と一緒に本人を支える様努めている。病院への定期受診や紙パンツ等の買い物を家族で対応してもらい訪問の機会を作っている。		
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	外出時に本人が住んでいた地域を回ったり、地域の行事に参加している。施設での行事には地域の方に協力をお願いしている。お盆や正月には自宅に帰省出来る様ポータブルトイレの貸し出しや送迎を行っている。	地域社会との関係性は、本人、家族から聞いて把握に努めている。地域の新春のつどいの参加やドライブ時に馴染みの場に出かけたり、踊りの習い事の先生が来所し交流している。正月やお盆、清明祭、カジマヤーに帰省や外泊して家族関係を大切にしている。	

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
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1人1人に目を配り、席替え等も行いながら利用者同士が対立しないように勤めている。時には利用者同士の会話が弾む様職員が間に入りながら話題を提供している。		
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	退所された後家族から連絡があった場合も相談等に乗っている。		
<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	(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	コミュニケーションを取りながら本人の様子や行動を観察し、暮らし方の希望、意向の把握に努めている。家族との面会時等にも希望を聞いている。	言語での表出できる方が多く、普段の会話の中で聞いて把握に努めている。無言語の利用者の場合は表情や仕草で思い等を汲み取るよう努め、職員間で話し合い検討している。不穏時には職員との相性も考慮して対応している。	
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	本人や家族等の面会者から情報収集を行い、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	1人1人に目を配り現状の把握に努めている。申し送り簿等やミーティングで利用者の現状報告を行い、全職員が把握するよう努めている。		

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
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	担当者会議や面会時に本人や家族。職員間ではミーティングや業務中であっても話し合い、介護計画に反映している。	利用者、家族が参加してサービス担当者会議が開催され、アセスメントは退院時にも行っている。計画は1年毎に見直し、モニタリングは3か月毎に実施されている。定期的にカンファレンスを行い残存能力も計画に反映している。食事形態の変更等や状態変化時に随時計画を見直している	
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	申し送りや、利用者個々の介護記録に記入し、職員間で情報共有し問題点等を確認し介護計画の見直しに活かしている。		
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	本人や家族の状況を見ながら病院受診の対応等を行っている。本人が希望する物などは家族にお願いし面会時に持って来てもらっている。		
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	利用者個々の状態に応じて地域の祭りやイベントに参加して地域の人との交流を支援している。		
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	本人家族の希望を聞きながら、かかりつけ医や協力医での受診の支援を行い、健康に過ごせる様にしている。本人の状態を主治医へ説明、文書の交付を行い、適切な医療が受けられる様連携している。	利用者・家族の了解を得て、現在は利用者全員が事業所の協力医であるクリニックがかかりつけ医になっている。事業所は協力医のクリニック併設の訪問看護と契約しており週1回の訪問看護で医療機関との連携が密に取れている。また、受診は家族対応が基本だが、状況に応じて事業所でも対応することもある。受診時の情報提供や診療情報は、家族や医療機関と口頭や文書で共有している。	

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
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	協力医に週に一度訪問看護をお願いしており、その都度各利用者の状態を説明し、アドバイスを受けている。特変、緊急時にも連絡を取りアドバイスをもらっている。		
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。	入院時アセスメントや口頭で情報提供を行い、適切な治療が受けられる様にしている。退院時のカンファレンスへ参加し退院後のケアのに生かしている。		
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、地域との関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	家族と相談しながら重度化や終末期にむけての支援を決めている。特養等への入居の相談にものり、他施設との連携にも努めている。	利用開始時に事業所の重度化・終末期の方針を説明し、利用者及び家族の意向を書面で確認している。また、利用者の状況や状態の変化に伴い、意向の再確認を行っている。職員は重度化・終末期について、法人での研修を受けており、事業所が契約している訪問看護と連携を取りながら支援を行うとしている。	
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	母体等の緊急時の研修に参加や、定期的に緊急時の対応の勉強会を行っている。		
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	年二回避難訓練を行い地域の方へも協力を依頼している。りようしゃ	昼間と夜間想定消防訓練を年2回実施している。訓練時には同建物内の保育園や近隣の会社にも事前に協力依頼をし、訓練当日は法人の職員や理事長の協力が得られている。事業所内の壁には避難経路を数ヶ所に掲示しており、マニュアルの整備や3日分の備蓄の保管もできている。	

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
<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	(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	利用者1人1人の性格、生活歴が異なる為、声掛けや支援の方法を変え人格の尊重やプライバシーの保護に努めている。	個人情報保護方針及び利用目的を事業所内に掲示し、排泄時や入浴時はドアを閉める事や羞恥心に配慮することを徹底している。職員の不適切と思われる発言があった場合は、職員間で注意し合い、利用者のペースや尊厳を重視して支援している。職員は入職時に法人の新人研修を受け、言葉遣いや態度を学んでいる。	
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	常に声を掛けながら会話の中で利用者の希望や本人が出来る事、やれる事を見極めて支援をしている。		
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	朝、起きれない利用者は食事時間をずらしたり、入浴を拒否する利用者は時間をずらしたり、翌日にずらす等し本人の希望を優先するように心掛けている。		
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	起床後の整髪や、毎食後の歯磨き、出掛ける前には化粧やお洒落をする様にしている。		
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	重度化によりなかなか一緒に準備は出来ないが、もやしのひげ取りは一緒に行っている。常食、キザミ食、ミキサー食と各利用者に合った食事形態で提供し、好みに応じて一部献立を変更している。	3食とも事業所で調理し、利用者と一緒に食材の買い出しや準備を行っている。昼食は職員と利用者は、一緒のテーブルで同じメニューを静かに会話をしながら摂っている。コップは利用者それぞれの物を使用し、利用者の食事形態に合わせて提供している。家族から差し入れの野菜やおやつ等を提供することもある。	

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	常食、キザミ食、ミキサー食と各利用者の状態に合わせた食事形態で食べやすくしている。水分摂取量確保の為、お茶、紅茶(レモン・ミルク)、ヤクルト、ミルク等のバリエーションを常備している。		
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	毎食後声掛け行い口腔ケアを行うが、出来ない所や、義歯等は職員が支援している。		
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	起床後、就寝前、毎食前後声掛けしトイレ誘導し排泄のパターン化に努めている。排泄チェック表で排泄の有無を確認し、定期的に声掛けを行っている。	職員は排泄についての、法人内研修に参加し、自立に向けた支援に取り組んでいる。退院直後、おむつを使用していた利用者の個別計画を見直し、日中はトイレで排泄ができるようになった。また、自らトイレに行けない利用者へも、個々の排泄チェックでパターンを把握し、食前後や起床後・就寝前の声かけで、現在は利用者全員が日中はトイレで排泄できるように支援している。	
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	毎食多くの食材を使用し、食物繊維の摂取や、水分摂取時、ヤクルト、ミルクを提供したり、コーヒーの甘味料にオリゴ糖を使用している。朝食後にはラジオ体操、レク体操等体を動かす機会を作り自然な排泄が出来るようにしている。		
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	基本的には週3回の午前中で曜日も決めているが本人の希望や体調等により変更、中止、清拭する事もある。	浴槽、シャワーチェア、シャワーキャリーが完備しており、週3回の入浴を基本とし、利用者の希望や調子に合わせて入浴日を調整している。入居前は長期間入浴しなかった利用者が、言葉かけや職員の変更など工夫をし、現在は定期的に入浴できるようになっている。肌が弱い利用者は専用のボディソープを持ち込んだり、個々に沿った入浴ができるように支援している。	

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	本人より休みたいと希望があればいつでも休んでもらっている。常に顔色等の様子観察行い体調不良や疲れた様子の時には声掛けし休むよう促している。各利用者に合わせて明るさ調整している。		
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	薬の内容を薬箱に貼り付けいつでも確認出来る様にしている。病院受診後等薬の変更があれば申し送り簿に記入し全職員が把握出来る様にしている。	居室の担当職員がそれぞれの利用者の処方薬を管理し、一週間分ずつの薬を毎週セットしている。薬の変更がある場合は、薬の説明書と申し送りノートで確認するよう周知している。与薬はシフトで役割分担されており、与薬時には利用者が飲み込むまで確認している。現在まで誤薬等の事故はないが、服薬支援に関するマニュアルは確認できなかった。	利用者の安全な服薬支援のために、服薬支援マニュアルの作成が望まれる。
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	利用者個々の好きな事、出来る事を把握し能力に応じた支援をしている。年に2回程度全利用者、職員で外食、ドライブし気分転換をはかっている。		
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	車椅子の利用者が多い為なかなか戸外に出掛けるのは難しいが、踊り場で外気浴をしたりしている。家族の希望があれば出来る範囲で送迎の支援を行っている。	年に2回、初詣とドライブには利用者全員で外出している。お盆やお正月には家族の協力を得て外出したり、日ごろから食材の買い物に利用者と一緒に出かけするなど個別の外出にも努めている。また、車いすの利用者も玄関前の広場に出て外気浴ができるように工夫している。	
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	家族と相談し、買い物等は基本的に家族対応でお願いしている。		

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
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	電話でやり取りが出来る利用者には支援し、出来ない利用者は希望があれば職員が聞き家族に伝えている。		
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	状態に応じて各居室に写真や家族からの贈り物等を飾り、共用スペースには写真や季節に応じた飾りつけをし、季節を感じられる様にしている。	事業所内の中心に食堂と対面式キッチンがあり、職員が調理しながら利用者と談笑している。共有空間の壁には行事の写真や、保育園や実習生からのお礼の手紙や作品が飾られている。季節を感じる行事の飾りつけもされている。食堂にある食卓は利用者がそれぞれ好む場所でくつろいでおり、時計やカレンダーは車いすの利用者の目線に合わせて設置されている。	
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	皆が集う場所と別に話せるスペースを設けている。		
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	本人の馴染みの物や、家族写真、贈り物を飾ったりして居心地良く過ごせる様にしている。希望があればテレビ等を持ち込んでもらい設置している。	居室には電動ベッド、椅子、クローゼット、エアコンが備え付けられており、利用者が入居前から使い慣れているソファやテーブル、テレビ、収納ボックス、寝具等が持ち込まれている。利用者の動線に合わせて家具の配置を行い、居室の壁には家族の写真や以前の職業に関わるポスターが飾られている。居室は担当制になっており、各居室の担当職員や家族が衣替えの支援をしている。	
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	車椅子の利用者にも出来る範囲で自走してもらう様に声掛けを行っている。		

## 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	47 (20)	利用者の安全の為の服薬支援マニュアルが作成されていない。	服薬支援マニュアルを作成し、職員間で共有する。	服薬支援マニュアル作成済みで、いつでも職員が確認出来る場所に掲示している。	0ヶ月
2	4 (3)	運営推進会議の議事録に利用者の参加の記述が確認出来ない。家族の参加回数が少ない。	議事録に利用者の名前を記入する。家族代表の参加回数を増やす工夫をする。	議事録の参加者記入欄を増やし、利用者も記入出来る様に変更済み。次年度の推進会議より家族代表を2名にお願いする。	2ヶ月
3	1 (1)	日々のサービス場面での振り返り、ケアが理念に結びついて反映されているか等、理念について職員間での話し合いが出来ていない。	職員間で理念についての話し合いや理念に結びついたサービスをどう行うミーティングを行う。	4月、12月の施設内研修で話し合いの場を持つ。	1.5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、行を挿入して下さい。