

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	4790400065		
法人名	社会福祉法人 金武あけぼの会		
事業所名	グループホーム ローズガーデン		
所在地	沖縄県沖縄市諸見里 3-41-30		
自己評価作成日	令和元年 7 月 30 日	評価結果市町村受理日	令和1年10月31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=4790400065-00&ServiceCd=320&Iype=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	令和元年 8 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"> ・職員がご利用者様一人ひとりの意思決定を尊重したサービス提供が行えている。 ・施設周辺のお散歩を生活リズムの中に取り入れている。 ・外出支援を要所に取り入れ、施設サービスのマンネリ化を防いでいる。 ・地域ボランティアが毎月訪れる(余興)。 ・身体拘束ゼロを掲げ実践している。 ・訪問歯科診療を毎週行っており利用者様の口腔内環境に配慮し健康面のサポートを行っている。

【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)】

<p>理念の「笑顔をはきだす・・・」を意識して、利用者、職員が穏やかな日々でのケアに取り組んでいる。食事も法人同居施設からの配食であるが職員も同一の食事を摂っている。半年毎に嗜好調査を行い利用者の状況や献立に活かし、おやつ会でのおやつ作りは栄養士が指導して一緒に作っている。地域のボランティア婦人会が定期的に訪問し、利用者と同様じみの関係に繋げている。重度化や終末期になった時は、「同居の特別養護老人ホームに移る事もできる」と、契約時に利用者、家族に説明し、家族等の安心に繋げている。服薬は法人看護師が管理し、毎日、朝、夕と事業所に来所して利用者の健康状態を確認している。労働基準法が改正され就業規則も改正されている。定期的な健康診断の実施、面談、ストレスチェックを行い、産業医も配置し職員の精神面、健康面をサポートする環境を整えている。</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くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 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 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、その時々々の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	・職員一人一人が理念を理解し、家庭的な雰囲気心を心掛けながら日々の業務を行っています。	理念の一つに、「笑顔が絶えない・・・」を掲げ、どのような時に笑顔になれるかを考え、笑顔を引き出す工夫をしている。相手の話を十分に聴く、不穏な原因を考えながら、日々のケア、支援をしっかり行う事を心掛けている。理念は掲示し、家族には契約時に、地域の方にはその都度説明して周知に繋げている。	
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	・毎月のボランティア(諸見里婦人会)受け入れにより、利用者の皆様も楽しみにこの日を心待ちにしている。 ・毎日の日課の散歩を通してご近所さんとの交流も見られる。又、公民館行事にも時々顔を出させてもらい、楽しい時間を過ごしている。	自治会長が運営推進委員の委員で情報交換している。定期的な婦人会の訪問(舞踊や民謡等の催し)で楽しく交流している。職員は、地域の公園(御嶽)の清掃や保育園、幼稚園等の行事の会場設営に参加している。日々の散歩や法人内の夕涼み会に、子供会や地域の方を招き交流している。	
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	・事業所内に認知症に関するパンフレットを置いて、ご家族や来訪者への提供も行っている。		
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6回(偶数月)会議を開催し、サービス提供状況の報告、事故やヒヤリハットの報告等を行っている。	利用者、家族、行政、地域代表、知見者が参加して、推進会議は年6回開催され、議事録は掲示している。同居の特養施設との合同の推進会議で、事故、ヒヤリハット等の報告、意見交換している。会議の通知と一緒に前回の議事録は送付し参加の有無はFAX、電話等で確認している。	
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に取り組んでいる	・年6回(奇数月)のグループホーム連絡会に参加し、行政報告や各事業所が抱える問題点などを話し合い、情報を共有しながら改善、向上に努めている。	市担当者とは、グループホーム連絡会で情報交換し共有している。管理者、介護支援専門員が退職して不在の時に、市担当者に相談等を重ねることで連携が密になっている。生活保護利用者の状況確認のため定期的に他部署職員の来訪がある。	

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
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	・身体拘束廃止は施設や法人の目標の核であり常に実践している。	マニュアル、身体拘束等の適正化のための指針を整備し、研修も実施している。身体拘束委員会の委員は法人内委員に留まっている。転倒防止、安全面から眠りセンサーを使用している。睡眠状況の把握にもなっている。言葉による行動抑制は、職員間で注意喚起している。	
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	・職員一人一人が認知症を十分理解し、連携しながらサービス全般への心遣いや配慮を心掛けて日々の業務を実践しています。	虐待防止のマニュアルも整え、職員は認知症を理解し研修も行われている。ミーティングや日々のケアの中で虐待について話題にし、不適切なケアをしないよう留意している。職員は年2回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	・外部研修への参加や研修資料などの回覧、又は報告書をもって学ぶ機会を設けている。		
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	・入所時には必ず、ご家族や利用者本人に対し、契約の内容に関する説明を十分に行い、理解や納得を得ている。		
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	・ご家族や利用者とのコミュニケーションを常に大事にし、普段から何気ない意見や相談を確認し、対応を検討している。 ・意見箱を出入り口横に設置しているが、今だ投函なし。	日々の生活の中で利用者から聴いているが意見等は聞かれない。家族からは、特養施設と合同の家族会や推進会議、行事参加時や面会時に声をかけ意見を聞く機会としている。季節行事で外出等の時は支援したいので連絡してほしいとの声がある。7月に施設内掃除を家族会が行っている。	

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	・職員に対しても、普段から十分にコミュニケーションが図られている。	ミーティングや業務の中、年2回の面談で意見を聞いている。衣類が乾きづらいドラム式から別々の洗濯機、乾燥機購入の要望や記録機器をアイホンからアイパッドに変更など反映させている。業者の見直しは職員間で話し合い改善している。	
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	・全職員が働きやすい職場環境の整備に取り組み、条件等を整える為の話し合いを管理者は常に代表者と意見交換に努めている。	職員が笑顔でやりがいのある職場環境に取り組んでいる。年2回のストレスチェック、人事考課を行い、勤務後、週1回、同施設内で初任者研修を外部講師が行っている。健康診断を実施し夜勤者は年2回行われている。労働基準法が改正され、就業規則は4月に見直し職員が働きやすい環境作りをしている。	
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	・個々に応じた外部研修に参加したり、介護主任や介護支援専門員を中心に技術指導やメンタル指導も行っている。		
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	・2カ月(奇数月)に1回、連絡会の集まりに参加し、情報交換を行っている。		
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	・利用者の思いや不安、意向を確認し常に傾聴する姿勢を持つ事に心掛けている。		

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
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	・ご家族が置かれている状況を把握、確認しながら、希望や要望等を伺い、解決策を提示しながら、ご家族の安心や納得が得られるように努めている。		
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	・本人やご家族にとって最優先解決課題を見定めながら、他のサービスも視野に入れ、提案や対応をするように心掛けている。		
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	・本人の自己決定がなされる支援を心掛けるとともに、利用者同士が寄り添えるような生活空間や環境の整備に努めている。		
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	本人とご家族との絆を断ち切らないように、積極的に面会、外出等の提案を行っている。		
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	・ご家族が病院受診の後にドライブされて帰所されたり、又、併設の特養ホームの入所中のご家族や共通の知人が訪ねて来られたりしている。	地域社会との関係性は、アセスメントや本人、家族から聴いて把握に努めている。家族会で得た情報で、働いていた近くの市場に利用者、家族と出かけている。市場近くの自治会にアプローチして毎週火曜日に、馴染みの方々との交流に繋げている。知人の子供さんが訪ねている。	

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	・レクリエーションや手工芸等を通して、交流の場を設けている。		
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	・契約前、契約終了後も利用者やご家族との関係性を維持し、相談があれば支援、助言に努めている。		
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	・日常生活の中で、利用者の表情や言動の中から思いや意向をくみ取り、ケアに繋げている。 ・ご家族からは、面会時に確認している。	利用者に問いかけたり、日々の生活、ケアの中の会話等で思いや意向の把握に努めている。表出が困難な場合は、職員が感じた表情や仕草を記録してミーティング等で話し合い把握に努めている。	
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	・生活歴や馴染みの暮らしを利用者本人、又、ご家族から情報を伺い、希望に沿ったサービス提供に努めている。		
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	・日頃から利用者の心身の状況、認知度についても把握し、出来ることを見つけて、少しでも取り組みや活動に参加して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
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	・介護支援専門員を中心に、利用者、ご家族、介護スタッフと話し合いの場を持ち、利用者の置かれている状況に即した介護計画書を作成、これらを介護記録に残している。	サービス担当者会議は、利用者、家族も参加して開催されている。3ヶ月毎のモニタリング、介護計画も見直しされている。職員の視点からみた介護計画で、サービス内容に思いも反映しているが記録で確認出来なかった。	利用者に即した介護計画の作成と介護記録の工夫に期待したい。
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	・介護記録へ個々の利用者状況を記載し、介護スタッフ全員が情報を共有し把握できている。又、日々の状況やご家族とのやり取りを支援経過に記載している。		
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	・利用者やご家族の現在の状況に応じ、共通のサービス以外に対しても臨機応変かつ柔軟なサービス支援に取り組めるように努めている。		
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	・馴染みの方であったり、通い慣れた場所、商店、病院など一人一人の地域資源の活用に努めている。		
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	・普段は、法人併設の特養ホームに嘱託医がおり、森城看護師を通し利用者の状況に応じて状態の報告を行っている。 ・ご家族へは、利用者本人のかかりつけ病院や専門家への受診を促している。	利用者、家族の希望するかかりつけ医で受診は家族が対応している。時には職員が支援する事もある。受診時には情報提供書を持参し、結果等は口頭や文書で受け法人看護師が確認している。認知症専門医や訪問歯科の利用者もいる。利用者全員、健康診断を年1回行っている。	

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	・ローズガーデンには看護師配置がないので、定期的に法人併設の森城看護師に見守りに来てもらっている中、助言やアドバイスを受けながら適切に利用者への対応を行っている。		
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。	・介護支援専門員が、入院先の地域連携職員と情報交換を密に行いながら、早期退院に向けて受け入れ時期などの調整を図っている。		
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	・入所時に、ご家族へ状態悪化に対する意向を確認し、事業所内で出来るケアを十分に説明し了解を得ている。又、終末期への意向の際は、法人併設の特養ホームへの転床も視野にご家族と両施設の関係職員との話し合いの場を設けている。	事業所としては、重度化や終末期支援はしない方針で、契約時に説明している。状態変化時には、家族の希望する医療機関や併設の特別養護老人ホームと連携を図っている。	
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	・法人併設の特養ホーム看護師が中心になり必要時には指導、助言を貰いながら日々のケアに繋げている。		
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	・昼夜を想定した消防避難訓練を年2回実施し、近隣事業所や地域住民も少数ながら参加し、協力しながら行っている。	昼夜を通した消防避難訓練の実施が確認できた。 併設事業所と合同での昼、夜想定避難訓練は実施されているが出火元は併設事業所である。地域住民に協力願いのチラシや声かけで協力を得ている。災害時3日分の備蓄が確保されている。	利用者、職員が安全に避難出来るよう、事業所が出火元での訓練に期待したい。

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	・ケアの実践時には必ず本人の意思確認を行い、声掛けにも細心の注意を払いながら同意を得て、実践するよう職員一同心掛けている。又、同性介助を基本としケアに臨んでいる。	日々のケアの中で、利用者の話を十分に聴くことを心がけ、本人の意思確認をしながら支援している。気になるケアや言葉かけには、職員間で注意したり、話し合いを行っている。接遇マナー研修に参加し伝達講習している。	
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	・常に声掛けを行う中で、本人の意思を確認し、自己決定が出来る支援を心掛けている。		
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	・自室で休みたい時やおやつを食べたくない時、お風呂に入りたくない時など、利用者本人からの訴えを聞き、その日の状態を考慮しながら声掛け、見守りを行っている。		
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	・月に一度、出張散髪が訪問し、身だしなみの支援を行っている。又、定期的に爪切りや顔剃りなどを行い、容姿には気を付けている。		
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	・栄養士により、個々の利用者への食にあった形態を確認し、栄養バランスにも配慮した食事提供を行っている。又、不定期ではあるがおやつ作りを実施し、利用者と共に簡単な調理もしている。	食事は、法人厨房より3食配食で、職員も同じ食事を一緒に見守り、会話しながら摂っている。年に1、2回栄養士指導でのおやつ作り、厨房依頼のもやしの髭とりや食材の下ごしらえに参加している。季節行事食も取り入れ、半年に1回嗜好調査を行い献立に反映している。	

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
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	・利用者一人一人の食事の摂取量を記載し、状況把握に努めている。水分摂取量は一日1200～1500mlを目標に実践している。		
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、見守りや声掛け介助によりケアが行われている。又、ご家族の意向や義歯の状態により、毎週一回、訪問歯科による往診体制の中で家族立会いのもと、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	・法人全体でおむつゼロを目標に取り組んでいる中、昼夜、利用者9人中8人がトイレでの排泄が行えている。又、同性介助を基本としているが、勤務の関係上対応できない場合も理解を得ている。	利用者の残存能力、機能を忘れない為に、トイレでの排泄に取り組んでいる。4居室はトイレ設置で、自立、見守りで支援し、共同トイレも2カ所ある。排泄パターンを把握して時間での声かけや本人が不快にならないよう綿パンツ、パット、リハビリパンツと工夫して取り組んでいる。	
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	・一日の水分の摂取量を1200～1500mlに設定している。又、食物繊維補助食品などを活用し、食事や飲み物に入れたり日中の活動量を増やしたりして対応している。		
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	・入浴前に、利用者と一緒に着替えを準備したり、好みを服を選んでもらって楽しんでいる。入浴は週3回実施し、利用者が希望する時間で支援している。嫌がる利用者には、けして無理強いのではなく時間帯をずらしたり曜日を変更したりして対応している。	入浴はシャワー浴で週3回を基本としている。利用者個々の希望、タイミングに合わせ、本人の好みを把握して、ラジオ、CDラジカセ等で楽しみながら入浴が出来るよう工夫している。嫌がる場合は時間や職員を変更して対応している。浴室と居間等の温度差が無いように温度調節器を設置し対応している。	

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 の状況に応じて、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	・生活習慣や本人の睡眠状態に 合わせて休憩を入れたり、寝具 の調整をしたり、安心して眠 れるよう支援している。		
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	・薬局からの調剤情報を確認し、 分からない薬剤があれば森城 看護師に確認している。	利用者の薬は、法人看護師が 管理し、一人ひとりのセットを 行い、職員は、ダブルチェック し飲み込むまで確認している。 職員は薬の内容等を看護師から 説明、指導を受け把握している。 服薬支援に関するマニュアルも 整えている。	
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	・歌を歌ったり、三味線を弾い たり、各々の趣味嗜好を確認し ながらサービスに取り組んでい る。又、日々の散歩も楽しみ の一つである。		
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	・毎年、初詣や浜下りに出か けている。普段から日常的にお 散歩を楽しんでおり、希望が あれば近くのスーパーまで足 を伸ばします。	日常的に事業所周辺の散歩 や利用者の意向で近隣スーパー に買い物に出かけている。初 詣や浜下り、大型店舗に出か け、気分転換や五感刺激の機 会となっている。家族と病院 受診後に本人の好きな所や買 い物、食事に出かけている。	
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	・本人希望で買い物が出る よう、ご家族へ説明し、少額 の金銭を持たせることで了解 を得ている。		

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	・本人の希望時に社内電話を使い、ご家族などに連絡を行っている。		
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	・利用者の日常生活での活動写真や四季折々の工作などを壁に張るなどして、見る楽しみにも工夫している。又、大きな窓があるので、常に心地よい光や風を提供しています。	居間には利用者の活動写真や作品、季節に応じた作品が飾ってある。天井からの吊り下げ飾りは空調機器の風向き、強弱の目安となっている。台所と居間が対面式で見守りができる。利用者の状況や動線に合わせてテーブルを配置し利用者は好みの席で寛いでいる。	
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	・気の合った利用者同士を相席にしたり、フロア内にソファを置いて、くつろいでもらえるように工夫している。		
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	・出来るだけご本人の使い慣れた物、装飾品などをご家族に協力を頂いて、持ち込みをお願いしている。(写真や手帳、カレンダーや人形など)	ベットやタンスは備え付けで、利用者の動線に合わせた配置となっている。家族に馴染みの物等の持ち込みをお願いし、カレンダーやテレビが持ち込まれ、写真、作品が飾られている。	
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	・居室内にトイレの設置があったり、台所がフロアと対面式であったり、一般的な家庭の雰囲気に近い構造になっている。又、空のコップを利用者自ら洗い場に持ってくるなどしている。		

目標達成計画

作成日：令和 1年 10月 7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	27	・利用者の日々の過ごし方やどのようにケアが行われているか記録が十分でなく、サービスが提供されても記録がない事もある。	・職員間の情報共有に活かし、チーム全員による統一したケアの提供に繋げる。	・月一回のミーティングで記録の書き方について勉強会を行う。支援の経過、出来事に対する対応等、行ったケアの要点を押さえて明確に記入できるように指導する。	6ヶ月
2	16	・サービスの内容に変化がなく、本人さんの状態、要望に合わせられていない。	・1人ひとりの利用者へ質の高い介護サービスを提供し自立と望んだ生活が送れるよう支援する。	・本人、家族さんが、どのような生活を望んでいるのか面談し希望に合わせて目標を作る。	6ヶ月
3	2	・個人間で地域との繋がりはあるが、事業所自体が外部との交流の機会が少ない。	・地域の人々との交流を深め、開かれた施設を作り利用者の生活をより豊かにしたい。	・市役所、社会福祉協議会、地域包括支援センターの窓口へ相談し他の地域密着型サービス事業所と共に地域のネットワークを広げていく。	1年間
4	26	・動作の何処に援助が必要なのか、目標達成には何が必要か、援助の内容が不明確で具体的となっていない。	・利用者・家族・事業所が意見交換を行い支援を行う者が歩調を合わせて取り組める目標を作る。 ・未達成、一部の場合は解決に向けて話し合いの場を持ち、次の支援に活かす。	・利用者全員が参加できる一日の活動プログラムの作成と個別の課題に向けた援助を日々、取り組む。	1年間
5	35	・併設事業所と合同での昼夜を想定した避難訓練は、実施されているが、グループホームが火元となる訓練が実施されていない。	・災害時、避難場所や経路、避難方法について決めており、迅速な避難が図れるよう努める。	・令和2年1月にローズガーデンを火元とした消防避難訓練を行う。地域住民の参加を呼びかけ協力をお願いする。 ・令和元年11月5日 沖縄市防災訓練(沖縄市内全域を対象とした津波、地震訓練)へ参加予定。	1年間

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。