

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	4972200018		
法人名	社会福祉法人祥永会		
事業所名	グループホームよみたんふくぎの里		
所在地	沖縄県中頭郡読谷村字喜名2272番地4		
自己評価作成日	平成22年11月11日	評価結果市町村受理日	平成23年5月16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.go.ioho-okinawa.jp/kai.go.sip/infomationPublic.do?JCD=4792200018&SCD=320
----------	---

【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	沖縄県那覇市楚辺2-25-7 セントラルハイム南西303号室		
訪問調査日	平成22年12月14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)】

併設する小規模多機能居宅介護事業所の利用者と日頃から交流を図っています。広い敷地内の芝庭から、地域の方が気軽に入ってこられる様に地域に根付いた事業所づくりに努めています。

【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)】

当事業所は地域で唯一のグループホームとして認知症高齢者の生活を支援している。定期的に事業所の広報誌を近隣住民に配布し、挨拶を交わす等事業所への理解を求め、地域の方々からは事業所ができたことにより周辺が明るくなったと喜ばれている。また、防災訓練への住民の協力体制が築かれ、訓練に際しての円滑な誘導に向け住民に対する介護の基本技術指導に取り組んでいる。認知症介護の質の高いサービスを目指して今年からセンター方式の活用を導入し、関係者が緊密に連携して利用者個々の思いの把握に努めている。そして、利用者が地域で暮らし続けるための介護計画の作成や実践に繋げ効果をあげている。事業所内は落ち着いた色あいで統一し、利用者が家庭的な雰囲気の中でゆったりと過ごせるように工夫され、ホームパーティーの開催やボランティアの受け入れ等、家族や地域の友人、知人が訪問し易いような環境づくりを行っている。

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 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 12
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	通いの場や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、生き活きと働いている (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している (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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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
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	理念は日ごろ職員が目にするような場所、ホーム玄関と食堂に掲示しており、いつでも職員が周知できるようにしている。その他、会議の場において3カ月に1回理念に基づいているか、確認しており、これからも理念を中心にケアを提供していく。	昨年の評価で事業所独自の理念作りが課題となり、今年7月に職員全員で認知症高齢者の生活の継続を目指した新しい理念を作り上げている。理念は事業所内に掲示し、理念を意識したケアに取り組んでいる。また、職員全員で3か月毎に実践状況を検証し、理念の実現に努めている。	
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	地域へ3カ月に1回広報誌を発行してグループホームの活動内容を報告している。また買い物時などは地域の店に出向き買い物を行い信頼関係が築いている。	認知症高齢者が暮らす事業所への理解を得る為定期的に広報誌を地域住民に配布している。地域生きがい事業への参加や周辺の散歩、馴染みの商店での買い物等を通し地域住民と交流しているが、事業所自らの地域活動への取り組みはなく今後の課題となっている。	地域密着型サービスの意義や役割を担う「認知症対応型共同生活事業所」として地域の拠点となるような取り組みに期待したい。
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	現在地域の方に、認知症の人の理解、支援方法を活かす機会がない。		
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	家族代表・区長・老人会長・村内有識者に参加依頼し、2か月に1回実施して入居者の暮らしぶり日々の活動を報告行っている。	運営推進会議は、家族や行政担当者、地域の区長等が参加し2か月毎に開催しているが、利用者の参加が得られていない。会議では事業所の活動や利用者の状況を報告し各委員からは地域の情報提供や意見交換が行われている。しかし、外部評価に関しては結果報告や課題について検討が行われていない。	事業所の活動報告や情報交換に留まらず運営推進会議の趣旨を活かし、外部評価後の報告や課題に対して委員の意見や協力を得ながらサービスの質向上に取り組んで行くことを期待したい。
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	月に1回介護相談員として招き、問題点の改善や共有を図りレベルの向上に繋がっており、より良い関係が保たれている。確認事項がある時は村担当課へ伺い確認しております。	行政担当者には、運営推進会議で事業所の活動や利用者の状況を報告している。日頃は行政担当者に対して介護保険に関する連絡や事業所の取り組みに関する相談を行い、必要に応じて地域包括支援センターへ繋ぐ等の協力が得られている。	
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	日中の施錠はせず、安全に配慮し自由な外出が出来るように行っている。帰宅願望がある入居者に対しては外出支援し気分転換を図ったり家族面会を依頼し状況に応じて対応し束縛のない生活を支援している。	新任研修時に「拘束についての禁止行為等」を学び、事業所として「利用者の尊厳を守る」を基本とし、家族にも理解を求め、「拘束を行わないケア」に取り組んでいる。また、主治医と相談し薬による拘束も行わず、利用者の自由な暮らしを支える為に玄関の施錠は行っていない。	
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逃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	虐待関連防止法については、研修からの学びを職員間で共有を図っている。また入浴介護の際は、身体チェックを確認しドラックロックやスピーチロックにも職員間で日々指摘しながら虐待防止の徹底に努めている。		

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
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	現在権利擁護の活用に至っては無いが、外部研修で参加して学ぶ機会を持ち、職員で共有を図っているつもりであるが、全職員の理解とは程遠い状況である。必要な方は説明出来るように資料を置いて必要な時の備えをしている。		
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	契約の際は十分な説明をおこない、納得いただいた上での利用開始となっている。家族にも十分な説明を行っているが、利用者本人の説明は理解力や精神的負担を考慮し、家族にゆだねている。		
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	利用者の希望には可能な限り応え、御家族が面会にいらした際は、積極的に話しかけて得た情報や伝言は連絡ノートセンター方式用紙に記録し、職員間で共有する体制が出来ている。	利用者の要望は、日々の関わりや毎月訪問の介護相談員を通して把握に努めている。家族からは運営推進会議やホームパーティー、日頃の訪問時に積極的に意見を聞いている。利用者や家族の声をセンター方式を活用した連絡ノートに記録し、利用者の思いを的確に把握して職員間で共有し、統一したケアの実践に繋げている。	
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	毎朝、管理者と共にミーティングを行い、意見を求める機会を設けておりケアの反映に繋げ、総合的により良い環境作り心掛けていく。月一回職員ミーティングを行い、会議録を代表者へ報告している。	職員は管理者を交えた毎朝及び毎月のミーティングで業務に関する意見を自由に発言し、利用者や職員がゆったり過ごす時間が欲しいとの提案があり、清掃時間の調整で改善している。代表者は月に1回ミーティング記録の確認や職員の声を直に聞いている。また、認知症を理解し馴染みの関係を尊重して法人内の職員異動は行っていない。	
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	代表者、母体法人施設長や理事長が定期的に現場に来て職員へ困ったことはないか直接確認している。また年2回の人事考課を行っており、職員が向上心を持って働けるように努めている。		
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	職員のスキルアップへの取り組みを法人全体で支援し、内外の研修機会を与え参加者は会議で研修内容を報告し職員間で共有を図っている。また介護福祉士試験該当者は母体法人で取り組んでいる社内研修の試験対策講座に参加させている。		
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	グループホーム連絡協議会に参加して意見交換や、情報交換を通じ交流を図りながらお互いの質の向上に努めている。		

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
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	ご本人へは、入居に対しての不安やニーズは出来るだけ時間をかけ、お話を聴く時間を設けている。		
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	ご家族へは、入居に対しての不安やニーズは出来るだけ時間をかけ、お話を聴く時間を設けている。		
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	入居の申し込み後、すぐに入居していただくのではなく、現在在宅にて生活を送れているのであれば、継続できるように支援しております。(入居にあたり判定会議を開催し入居の必要性を判断しております。)		
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	入居者と共に寄り添いながら野菜の皮むきや洗濯物物干しからたたみまでの家事を無理ない程度に協力してもらい、見守る環境作りをし、共に生活する中で尊重していく関係作りに取り組んでいる。		
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	日々の暮らしの中で本人と家族の絆を大切にしながら支援し、誕生会や特別な行事には参加してもらい、御家族との交流で得た意見をケアに反映しより良いケアに繋がっており、お互いに信頼関係を築いている。		
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	本人が築いてこられた馴染みの関係を大切にしながら茶菓子や飲み物を提供し心地よい環境を作っている。また入居者から馴染みの人に会いたいと要望があれば御宅や事業所等を訪問し途切れない関係を支援している。	職員は利用者が生き生きと過ごす事ができる地域での関わりや生活歴等を記録し把握に努めている。利用者の出身地域の老人会や生きがい事業等への参加、また、友人宅を訪問したり、知人の訪問時は一緒にお茶を楽しめるよう配慮する等地域の人との関係が途切れないよう支援している。	
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	入居者一人ひとりの合性を把握し、利用者同士会話が出来る環境作りに努めている。折り合いが合わない利用者同士の支援として誕生会や行事等を通じながら職員が仲介に入り、コミュニケーションを図っている。		

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
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	サービスが終了しても、他事業所に面会やご家族と電話する等の、継続した関わりを保っている。		
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	(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	入居者一人ひとりの意向を把握するように努めており、疎通が困難な方に対しては日々の会話や行動の中から思いを引き出し、家族の情報をセンター方式に反映し、本人本位のケアを支援している。	利用者の意向は日々の会話から把握し、困難な場合は表情や行動、家族の情報等から把握している。職員はセンター方式を活用して記録することにより利用者の状態把握や気づきが増え、利用者が会いたい人、欲しい物、安心して過ごせる為に配慮すべき事等、対応方法の検討や支援に繋げている。	
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	今後のケアに活かす為とご家族へ説明し、了解した上で得た情報はセンター方式に記入し職員間で共有を図っている。これまでの暮らしを崩さず、少しでも馴染みの暮らしが提供できるよう支援している。		
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	一人ひとりの行動や言動を記録に残し、職員全員が把握できるよう申し送りを行い、より良いケアが提供できるように努めている。		
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	入居者がより良く暮らす為に、職員やご家族とケアのあり方について連携を図り、3か月～6か月ごとのモニタリングやケアカンファレンスを行い、発生した課題はご家族と職員間で話し合いを行い、敏速に対応できるようプランを作成している。	センター方式を活用した情報収集により利用者や家族の意向を把握し、利用者が地域で暮らし続ける為出身地の人や場所との交流支援を位置付けた介護計画を作成している。また、職員は3か月毎にモニタリングを実施するとともに利用者の変化に気付いた時は家族と話し合い計画の見直しを行っている。	
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	詳細に記録するように指導しており、情報の共有化をした上で、ケアに入るようにしている。特に周知が必要な情報は、別冊の連絡ノートで確認するようにしている。状態の把握、気づきはセンター方式に記入しケアの反映に繋げている。		
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	病院受診の同行や、買い物等の外出希望には状況に応じた柔軟な対応が出来ている。帰宅願望がある方は、職員と共に自宅へ出向いたり家族と電話のやりとりをしている。		

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
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	外出して散髪が行えない入居者は、地域の散髪ボランティアや出張散髪へ協力依頼をしている。		
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	本人やご家族に応じ、それぞれのかかりつけ医で受診対応している。医療に関する困難な事例等は直接主治の医病院に管理者が出向き相談している。また定期的に往診してもらいホームと主治医の良好な関係が構築でき、本人やご家族の安心に繋がっている。	利用者は馴染みの主治医をかかりつけ医とし、定期的に家族とともに受診している。事業所は各々のかかりつけ医と連携を密にし、利用者の食事摂取量が減少した際の健康管理の相談や往診を依頼する等で協力を得ている。また、緊急時は事業所で対応し、受診結果や服薬について家族へ報告し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	状態の変化があれば併設されている小規模多機能型事業所の常勤看護師と連携し、状態の相談や対応方法・処置方法を指導してもらいより良い関係が築けている。24時間、医療的なケアが必要な方は地域の訪問看護と連携している。		
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。	それぞれの入居者が入院の必要が発生する事を予測しながら、医療機関との連携に努めている。入院の際は、病院側とケア方法をはじめ、ご本人様の情報を共有しながら主治医との連携を図り、早期退院に向け取り組んでいる。		
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	現在実践はしていないが、以前に終末期を迎えていると主治医より報告を受けた方がおり、主治医、職員にて事業所のできる事を確認し、ご家族より理解を頂き、主治医より協力してもらい実践していた。	重度化や終末期ケアについては、家族や主治医と相談して取り組むとしているが、事業所として具体的な方針は作成していない。また、入所時にも重度化や終末期を迎えた場合の利用者や家族の意向については話し合われていない。	重度化や終末期に向けた支援のあり方や事業所の対応等について、利用者や家族の意向を確認し、本人、家族、医師等関係者間で話し合う機会をつくり、方針の統一を図っていくことに期待したい。
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	急変時対応マニュアルを作成し、電話近くに設けており、併設する小規模多機能型居宅介護事業所の看護職へ24時間連絡体制をとっている。また、勉強会を開いたり新人職員には消防署が開催する救命講習に参加してもらい、緊急時には不安なく対応できるよう備えている。		
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	防災訓練は年2回実施し、1回は地域住民にも参加してもらい防災訓練に取り組んでいる。また、法人を含めて職員の家が近い順の連絡網を設け、火事を起こさない事を最優先に災害対策に取り組んでいる。	消防署と連携し年2回昼夜の火災を想定した避難訓練を実施している。事前に近隣住民に訓練への参加をよびかけ、運営推進会議委員や住民の協力が得られている。事業所には災害通報装置やスプリンクラー等が設置され、日頃からガスの点検、コンセントの埃のふき取りを行い火災防止に努め、災害時は薬箱と連絡帳を持ち出せるようにしている。	

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
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	一人ひとりを尊重し、言葉使いには十分配慮している。また方言については、参考書もあり講師を招き、法人で開かれる方言講座の勉強会に参加している。職員間で間違った言葉使いがある場合は指摘する等の策を講じている。プライバシーにも細心の注意を払うよう心掛けている。	管理者は、認知症実践者研修を受講し、利用者一人ひとりを尊重したケアに活かしている。職員は、何度も繰り返して同じ話をする利用者に対してもそのつど耳を傾けて丁寧に対応したり、相性の悪い利用者間には職員が声かけを工夫し、さりげなく間に入って支援している。	
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	ご本人の思いをお伺いするようにし、思いを表に表現出来ない方には、思いや希望を出せるように働きかけ自己決定できるよう支援している。		
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、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	職員は個々のペースを大切に、その方がどう暮らしたいか、何を必要としているのか理解するようにしている。		
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	月に1~2回美容ボランティアを招き、メイクやマッサージされ利用者にも満足されている。また、マッサージの指導もしてもらい、今後も美容ボランティアの方とも良い関係を継続していきたい。		
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	週1度入居者の方に料理本から選んでもらい、買い物から仕込みまで手伝ってもらい食事の楽しみの支援をしている。	利用者の食べたい料理を本から選んでもらい、一緒に食材の買い出しや野菜の下ごしらえ等を手伝ってもらっている。食事前は方言のラジオ体操で体を動かしたり、大きな声でメニューを発表したりと食事への気分を盛り上げ、職員も一緒に全員で和やかに食事を楽しんでいる。	
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	管理栄養士による献立作成の元で、バランスの良い食事を提供している。毎食の食事量、水分摂取量や月1回の体重測定から記録し栄養状態の管理を行っている。一人ひとりに合わせて刻みや用具の工夫しながら支援している。		
42		○口腔内の清潔保持 口の中で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	口腔ケアは、実施方法や場所などは、個々の身体状況に合わせて毎食後実施している。口腔ケアに理解がない入居者は時間をずらしたり無理はせず声掛けの工夫を行っている。また法人で開かれる歯科衛生士による講演にも参加している。夜間は用具の洗浄消毒に努めている。		

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
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	現在オムツ使用者はおらず、センター方式活用から各自の排泄パターンを理解し、自立に向けた支援をしている。排泄で失敗してもご本人の自尊心を損なわないような声掛けや、排泄スタイルを崩さず、気持ちよく排泄できるよう工夫している。	利用者一人ひとりの排泄パターンや習慣を把握し、座位保持が可能な場合はトイレでの排泄を促している。排泄の自立に向けて水分補給や食事等を考慮しながらリハビリパンツや綿パンツ、パットを併用して過ごしてもらおう等に取り組んでいる。失敗時にはさりげなく声かけしトイレ内シャワーで対応している。	
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	センター方式活用から排泄パターンを理解し、便秘薬服用をできるだけ頼らないように努めている。また適度な運動を取り入れる為に食事前の体操を実施している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	曜日は決めておらず、入居者の希望に応じての入浴支援が可能である。最低週2回は入浴を支援し、入りやすい環境や声掛けを工夫しながら対応している。今後も個々に沿う入浴支援をしていきたい。	利用者一人ひとりの入浴状況を経過記録で把握し、曜日を決めずに、利用者の意向に合わせて外出前の入浴や毎日の入浴にも対応している。入浴を嫌がる利用者に対しては、無理強いくことなく馴染みの職員が声かけをする等、職員間でアイディアを出し合い誘導を工夫している。浴室の入り口は「女湯」「男湯」と札が掛けられ、温泉のような雰囲気であり易い環境づくりがなされている。	
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	それぞれの場所で過ぎる時間を妨げる事はなく、自由な場所で入眠してもらい状況に応じて対応している。また、週1回のシーツ交換や汚れに関してはその都度交換し清潔保持に努めている。入眠前の部屋の室温調節にも配慮している。エアコンの基本温度設定冷、房28度 暖房24度としている。		
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	入居者の内服説明書をケース記録に整理しいつでも職員が確認できるようにしている。また内服ケースには最新の処方箋の説明書を貼り付けして把握できるようにしている。		
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	本人の嗜好品から週2回の買い物支援したり気分転換に本人の出身地を巡るドライブをして気分転換を図っている。		
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	心身の状態から、外出希望される方も限られており、毎日気分転換で外出される入居者もおられる。出来る限り希望が叶えられる様に努力している。普段行けないような娯楽施設や季節の行事、また地域の行事にはご家族を交え協力を得ながら取り組んでいきたい。	利用者は、日常的な散歩や家族や友達の訪問時の為のお菓子や日用品の買い物等に出かけている。普段行けない場所は年間行事で計画し、美ら海水族館見物や琉球料理バイキング等へ出かけ外食等を楽しんでいる。家族の協力を得ながら娘や実家を訪ねる等の支援も行っている。	

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
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	それぞれの入居者に金銭能力の違いがある為、個々のご家族と相談したうえで管理方法を選択している。自身で管理されている方や、必要の際にご家族に持って頂く等、ご家族の理解を頂いた上で支援している。		
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	通信の制限はしていなく、電話の希望があれば対応し、難聴の場合は職員が取り次ぎしコミュニケーションを図っており必要な場面に応じて支援できるようにしている。		
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	対面キッチンからの食事作りは五感を刺激され生活感に溢れている。リビングには季節の行事の飾り付けを行い生活空間を演出している。	古民家をイメージしたという共用空間は、クリスマス等季節感のある飾り付けが工夫されたり、外出時の思い出の写真等も掲示している。いつでも馴染みの職員や共に暮らす利用者がある安心できる場所で、ソファやテレビが備えられ、テーブルの上には急須や湯のみがあり、自由にお茶が飲めるよう用意している。また、利用者が少し離れて和室で過ごすこともできるような配慮もされている。	
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	入居者の希望に合わせ模様替えをしたり、環境の変化の後には、入居者の観察を行い反応を記録して対応している。リビングや居室でゆったりしていただける環境作りに取り組んでいる。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、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	ホームからは入居にあたる際に、使い慣れた家具や好みの物を持ち込みをいらしているが完璧とは言えず、小物や家族の写真、布団等が持ち込まれ使用している状況である。職員の配慮で個々の安心して落ち着ける居室作り心掛けている。	居室は洋室と和室があり、各部屋にベットとタンスが備え付けられ、掃き出し口からは自由にベランダへ出入りができ、窓のレースのカーテンが日差しを和らげている。センター方式の活用で本人が安心できるように、本人のこだわる場所に車椅子や日用品等の馴染みの物を置くなど細やかな配慮を行っている。	
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	センター方式活用から個々の身体状況に合わせた安全な環境作り日々取り組んでいる。今後も人体状況の変化に合わせて自立した生活が送れるように支援していきたい。		