

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	4792200059		
法人名	有限会社ケアセンターきらめき		
事業所名	グループホームきらめきトグチ		
所在地	沖縄県中頭郡読谷村字渡具知37番地の2		
自己評価作成日	平成 30年 2月 9日	評価結果市町村受理日	平成30年 4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	http://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2017_022_kani=true&JigyosyoCd=4792200059-00&PrefCd=47&VersionCd=022
----------	---

【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	平成 30年 2月 28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)】

認知症ケア専門士である管理者(看護師)を中心とし、『馴染みの関係』『寄り添いのケア』『健康で快適な暮らし』の充実に取り組んでいます。階下には併設された通所事業所(高齢者と児童のデイサービス)があり、通所される方々との交流が行われ、ボランティアの受け入れも柔軟に対応し、共生型介護と地域とのつながりにも力を入れています。法人内では、人材育成プログラムがあり研修を通し、法人の理念、制度の概要、病気や障害に対する理解、介護技術など全職員を対象にしたスキルアップにも力を入れています。
H29年度から毎月一回、認知症福祉カフェを読谷村地域包括支援センターとの共催で行い認知症のご本人やご家族、地域住民の拠点となっていくことを目指しています。

【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)】

事業所は、「素敵なお笑顔」「温もりのある言葉」等を理念に掲げ、利用者が自然に楽しく笑顔になれるような支援ができるよう全職員で取り組んでいます。行政と連携しRUN伴に利用者4名が参加している。平成29年8月に、村地域包括支援センターと共催で開所した認知症ふくしカフェの開催場所は当事業所で、認知症の本人、家族、地域住民、利用者にとって、地域との交流や認知症の理解が深まるよう取り組んでいる。管理者が看護師で利用者の健康管理、状態変化時も職員は安心して対応できる。通所事業所(高齢者、児童)と併設で、通所されている利用者との交流も行われている。共生ケアが展開されていて、法人内の人材育成研修を、法人内職員全員が参加できるように朝、昼と同一テーマで実施し、研修ではグループディスカッションも行い、職員間の交流、各々の事業所を知る機会、職員のケアの質の向上に繋がっている。

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、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

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	法人の理念は事業所内に掲示されており、いつでも確認できるようにしています。毎日行われる全体朝礼では、『理念』『求められる人材像』が唱和されています。人材育成研修会において全職員が理念を学ぶ機会が設けられています。	地域密着型サービスの意義をふまえた理念で、「自身がやってもらいたいケア」「親と違って」等、職員、利用者が、自然に楽しく、笑顔になれるよう理念を共有して実践に繋げている。毎朝の朝礼や勉強会で理念を唱和し、新人研修では掘り下げての説明で理解を深めている。	
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	買い物は近隣のスーパーを利用し、利用者様から要望があれば一緒に外出する機会を設けています。区民のエイサー演舞の訪問や地域の防災避難訓練に区民として参加しています。	地域の行事に参加したり、ボランティアやサークル等の訪問、野菜などの差し入れもある。職員が清掃活動、防災避難訓練に参加、ミニデイサービスで定期的にリハビリ体操の指導をしている。依頼を受け認知症についてや対応の仕方などの講座を高校や企業で行っている。8月にふくし(認知症)カフェをオープンし交流の場となっている。	
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	事業所の見学や実習、ボランティアの受け入れを柔軟に対応し、認知症ケア専門士、認知症サポーターとして講師を行うこともあります。		
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	2ヶ月に1回の運営推進会議の開催の案内状を送付し、参加の確認を行っています。地域のボランティア、区長、前老人会役員、地域包括支援センター職員、利用者様やご家族が参加し情報交換等を行っております。役員の方には委嘱状を交付し事業所に対して助言を頂いております。	運営推進会議は、年6回定期的に開催し、家族への会議録の公開は会議参加者に留まっている。会議では事業所の状況等や事故・ヒヤリハット・外部評価結果も報告している。地域の災害計画(マニュアル作り)についてや8月にオープンした、ふくしカフェや回想法について意見交換している。	
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	読谷村認知症サポート医及び認知症関連機関との連絡会に参加し、行政が主体となって行っている勉強会にも参加し認知症の理解と関連機関とのネットワークづくりにも取り組んでいます。読谷村福祉課からの呼びかけでRUN伴2017に利用者様、ご家族共に参加する機会がございました。	村担当者は、運営推進会議や村地域包括支援センターと共催で当事業所で開催しているふくしカフェに参加、申請手続き、入居の希望相談等で窓口訪問し実情や事業所の取り組みを伝えていく。管理者が村福祉計画対策委員で会議に参加し情報交換している。RUN伴に利用者4名が参加している。	

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
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	安全面を考えエレベーターと出入口の扉には施錠を行っています。利用者様へは事業所内だけで対応するのではなく、気分転換を兼ね一緒に外に出かける等、束縛のないよう努めています。リスクの高い利用者様1名は家族の要望もあり就寝後にベッド柵上下使用しております。権利擁護推進員(所長)を中心に身体拘束防止マニュアルを作成し、社内研修などから職員は身体拘束に関する知識が深められるよう指導を行っている。また、入社研修のオリエンテーション期間に必須項目として(約1時間)講義を行っている。	身体拘束をしないケアについて研修実施等で、職員は理解している。家族には契約時に説明しているが、家族の要望もあり、就寝時に4点柵している利用者がある。やむを得ず身体拘束を行う場合の手順に沿って、家族に「身体拘束に関する説明書」で確認を得ているが経過記録が確認出来なかった。	やむ得ず身体拘束を行う場合の手順に沿って経過記録と解除に向けての検討会議に期待したい。
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に注意を払い、防止に努めている	『高齢者虐待防止に向けた施設従事者のための自己チェックリスト』を活用した勉強会を行い、ケアを受ける利用者様を自分自身に置き換え意見交換を行う等、虐待防止についての意識向上を図っています。	虐待防止について研修を実施し、事業所独自でDVD(身体拘束・虐待防止・権利擁護等)を作成して、いつでも観得るようにしている。	
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	成年後見制度や日常生活自立支援事業について資料を配布し、読み合わせる等勉強する機会を設けたが、対象者不在の為、具体的な事例検討は行っていないため今後の課題としています。		
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	『利用契約』、『重要事項説明書』の手続きを行う際には丁寧な説明を心掛け、聞き手となる利用者様やご家族の表情を確認しながら、途中で不安や疑問がないか確認しながら進めています。「一度きりの説明では不十分なので、その都度お互いで確認し合いましょう」と声をかけ、信頼関係の構築にも気を配るようにしています。		
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	利用者様、ご家族から寄せられた声や、変更、改善された利用者様への対応方法等は、その日の申し送りや申し送り帳に記載し周知を図っています。必要に応じて所長や代表を交え個別での面談を行い運営に反映できるように取り組んでいます。	利用者からは、日々の生活の中で、家族からは、運営推進会議や面会時、病院受診時に声をかけて聞いている。ケアに関することが多い。利用者の意向で、ベランダ菜園をはじめ、担当も利用者が行っている。野菜が主で、「お花も植えて」の家族の声で、ベランダの真ん中にプランターに花を植えている。	

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	毎日の申し送りや、ミーティングなど、業務中提案された内容や意見は、定期的開催される管理者会議で報告しています。必要に応じて、所長や代表との個人面接の場を設けています。勤務時間外でも要望があれば対応できるようにしています。職員会議、管理者会議で毎月の収支報告をしています。	申し送りやミーティング、日々の業務の中や年1回の個人面談等で職員の意見を聞いている。人材育成のDVDプレイヤーの設置場所やDVDを置くラックがほしいとの職員の声で環境を整えている。法人内研修で「働きやすさ」をテーマにグループディスカッションを行い職員の意見や提案を聞く機会となっている。	
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	職員の意見を反映させた、働きやすい職場づくりを心掛けています。技能取得と意欲向上を図るため勤務調整を行い、希望する研修へ送り出せる体制作りも行っています。また、給与水準については、職員の勤怠状況、意欲、技術、ケアの質などを鑑みた昇給や年間2回の賞与を通じて処遇改善を図っています。また、準夜、深夜勤務の介護職員に対して法定、適正な手当を支給しています。	管理者は、職員が仕事を楽しくできるように、責任を一人に押し付けずに皆で考える環境、人材育成研修を通して自信をつけて仕事に取り組めるようにしている。希望休は月2回まで可能で、職員の就業状況等で処遇改善している。	
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	法人内の研修会、事業所内での勉強会、村や県、関係機関等にて行われる研修等を活用し、参加してきただけでなく、復命書の提出を義務付け、具体的に実践(フィードバック)できるよう意思疎通を図っています。年2回管理者が全職員を対象に個人面談を行っています。前年度を振り返り、今年度の個人目標を設定し、個々が成長していくための課題や成長に必要な支援体制について確認し合っています。		
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	読谷村が行う、読谷村認知症サポート医及び認知症関連機関との連絡会に参加し同業者と交流する機会をつくっています。村内や近隣の事業所とは必要に応じ連絡を取り合い情報交換を行う場を設け、サービスの質の向上に取り組めるように努めています。		
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	ご本人の生活歴や入所前の基本情報、グループホームでの生活について意向等を確認し、必要な情報を共有し合った上で関わりを持つよう心がけています。一方的なケアの押し付けにならないよう、関わりを通して得られた気づきや情報は、職員間で共有を図り、ご本人やご家族からも情報を得て、ケアの統一に取り組んでいます。ご本人の視点や気持ちも大切にしながら関わっています。		

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	利用相談時に、相談・申し込みに至った経緯、不安などに耳を傾ける事を第一とし、次に事業所での対応が可能な事と、ご家族の協力が必要な事を説明し、お互いに確認し合うように心がけています。入所してしばらくはご本人にとって、生活環境や関わる人も一変してしまう為、過度にストレスを感じる場合もある事等を説明し、特に身近なご家族や住み慣れた場所とのつながりを大切にしたい事を説明し、一緒に支えてもらうようご家族の協力を依頼しています		
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	ご本人やご家族が要望される事は受け止めつつも、ご本人の力を引き出す取り組みやご本人に出来る役割を見出す取り組みについても話し合い、求めているサービスや必要なサービス、必要になってくるだろうと思われるサービスについてお互いに確認出来るように努めています。		
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	生活の中で、主体的になって何らかの役割が見出せるようにと意識して、一人ひとりとの関りを大切にしています。出来る時(事)と出来ない時(事)など、その時々のご本人の気持ちにも向き合い、周囲との人間関係にも配慮し、いつも一緒に取り組む雰囲気大切にしています。		
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	ご家族との関係が希薄にならないよう、面会、外出、外泊等は特に制限を設けていません。ご家族と職員側の互いの気づきについても相談し合えるように努めています。ご本人から要望があれば、電話連絡など柔軟な対応を心掛けており、ご家族にはできる事はして頂き共に本人を支えていく関係を築いています。		
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	ご家族以外の方々との交流も図れるように面会の問合せ等がある時には、柔軟に受け入れています。馴染みの方やその方々が集まる場所へ出かけ、これまでの関係も大切にしていけるよう努めています。	家族と日曜日に教会に出かける利用者、ミニデイサービスに参加する利用者、職歴(読谷織物)の話題や写真を一緒に見る事もある。事業所で昔の生活道具・民具(豆腐を作るウス・パーキ・サバチ)等を使って回想法に取り組んでいる。外出支援でも利用者の馴染みの場所等に出かけ関係が途切れないようにしている。	

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	食事時間以外にも、一緒に過ごす時間を楽しんで頂けるよう、関心のある共通の話題について話し合ったり、テーブルを囲んでの活動や洗濯物たたみや料理の下ごしらえ(皮むきなど)、菜園の手入れ等、共に生活し支え合う関係づくりを大切に支援し、距離感が近すぎる為に、ストレスを感じる利用者様へは環境調整や気分転換も行っています。		
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	退所後も、安心して生活が送れるよう、ご家族からの問合せがあれば、その都度丁寧な対応を心掛け、ご本人やご家族の支援、関係者との情報交換を行っています。		
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	(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	ケアプラン作成時に、ご本人の生活に対する意向や希望される活動について聞き取りを行うよう心掛けています。意思表示の難しい利用者様への対応は、本人本位に立ちご家族へも相談をしながら対応するよう心掛けています。	利用者の思いや意向は、日々の個別対応時に声をかけ聴いて把握に努め、面会時に家族にも声をかけ聞いたりそれとなく確認している。殆どの利用者が会話が可能で、声かけに「いいえ」が返事の利用者もあり、仕草や表情で把握している。	
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	入所前の生活の様子や、ご家族や関係者から得られた情報を職員間で共有し合っています。得られた情報を関わる際のヒントとして活かし、更に新しく得た情報も共有が図れるように努めています。環境の変化等についてはご本人に過度なストレスにならないよう配慮しながらご家族とも協力し合い調整するようになっています。		
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	日勤から準夜(13:30~13:45)へ、準夜から深夜(22:00~22:15)へ深夜(6:30~6:45)へと必要な情報や途切れないケアを提供する為、一日に3回の申し送りを実施し、一人ひとりの一日の過ごし方への支援と必要な情報の把握に努めています。		

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ィアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	利用者様の現状把握と適切なサービス内容へ柔軟に移行できるように、申し送りとケア会議は並行に行われ、抱えている課題やケア内容の変更点は、ご本人やご家族とも確認し合い、生活に対する意向の把握に努めています。	担当者会議には、本人や家族、担当職員等が参加し本人、家族の意向を聴き確認して介護計画を作成している。6か月毎のモニタリング、定期、随時の見直しも行われている。計画に沿った利用者の役割や活動等の実施記録は確認出来なかった。	担当者会議で確認し、その人らしい暮らしを続けるために計画された、計画に沿った実施記録に期待したい。
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	日々のケア記録には、介護計画にある具体的な援助内容が転記されており、必要な支援内容を確認しながら実施状況を記録しています。外部評価を踏まえ具体的な内容だけではなく、短期目標も確認できる内容にしています。		
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	ご本人やご家族の要望、状況に応じ、買い物支援、自宅への一時帰宅等の支援を行っています。対応が困難な場合には、ご本人やご家族の理解と協力、法人内他部署からの応援を得ることで対応ができないか相談、検討しながら支援しています。		
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	地域資源の活用について、十分把握するよう努め、その時々必要に応じて読谷村地域包括支援センターに問い合わせたり、運営推進会議の場で提案し委員の助言頂いたりしています。		
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	受診時には、普段の生活の様子についてご家族や主治医宛に情報提供を行い介護者の気づき、気になる事もご家族と確認しながら主治医に相談を行っています。	本人家族の希望するかかりつけ医を利用している。訪問診療・訪問歯科を利用している方もいる。定期受診時は家族対応を基本としているが難しい場合は職員が対応することもある。受診時には情報提供書を持参し薬の変更があった時には即日職員へ周知し情報共有している。	

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	管理者(看護師)には、利用者の健康状態、服薬管理についての報告、相談を常に行い体調や症状の変化で気になる事があれば、夜間帯もオンコール体制で対応が図れています。階下にある、高齢者の通所施設や児童デイサービスの看護師も、必要時や緊急時には応援に駆け付ける体制が敷かれています。		
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。	入院した際、グループホームでの日常生活の様子や健康状態、入院に至った経過等について報告し、可能な限り速やかに情報提供書を作成し届けるよう心掛けています。安心して治療やリハビリに取り組む事ができ、又、早期に退院できるように、病院関係者や家族と情報交換を行い連携を図っています。		
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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	看取り介護の対応について届け出は行いましたが、まだ対応した事はまだありません。現在、利用されている利用者様について、ご家族と重度化についての話し合う機会はある、終末期に対する意向の確認は行われていません。今後、利用者様やご家族から希望があれば、看取り介護の指針に基づいて説明を行い、主治医との連携を図りながらの対応を予定しています。	「重度化した場合における(看取り)指針を作成し入居時の重要事項説明の際に本人や家族に説明している。現在対象者はいないが、事業所での看取りを希望する声があれば対応できるよう、医療と連携した支援体制が整えている。職員も内外の研修で学び理解を深めている。	
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	急変時、事故発生時の対応についてはマニュアルを作成し独自に勉強会を開いています。		
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	県が提示する防災マニュアルを参考に、災害対応マニュアルを作成し、年2回防災避難訓練を職員、利用者と共にしています。地域の地震、津波避難訓練にも職員、利用者と共に参加し、地域との協力体制が築けるように努めています。	昼夜想定避難訓練を年に2回以上実施し、地域の災害訓練へも利用者・職員とも参加し緊急時に備えている。地震・津波・台風他様々な災害の対応マニュアルを作成し、備蓄も3日分整備している。	

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	
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	介助を必要とする場面では、ご本人だけでなく周囲の方々に対してもプライバシーを損なわない言葉かけに気をつけて対応しています。一度に全てを介助するのではなく、動作や手順と一緒に確認しながら、見守り、声かけ、一部介助と段階的にアプローチ出来るよう配慮し、誇りやプライバシーを損なわないよう気をつけて取り組んでいます。	職員はキリスト教の黄金律「自分がして欲しいことを人々になさい」を基に日頃から常に笑顔での対応と、かかわりを大切にし、利用者一人ひとり人格を尊重したケアの実践に努めている。		
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	日課への取り組みやケアは、たとえご本人にとって必要な対応であっても、無理強いや押し付けにならないよう、ご本人の表情や声の調子、仕草を通して気持ちを確認するように心掛けています。一度決めた事でも後で気持ちが変わった時にも、その時々判断を尊重し寄り添えるよう取り組んでいます。			
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	日課や活動予定については、朝食後や午前の活動時間に報告し、一人ひとりのその時の気持ちや考えを聴き取るように努めています。、ご自分で選んで、決める事を大切に関わるようにし、ご自分のペースで過ごせるよう業務は柔軟に組み立てるようにしています。			
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	起床・洗面時や午睡後には髪をブラシでといたり、入浴前に一緒に着替えを選択する等、おしゃれや身だしなみも個々の能力に合わせた支援を心掛けています。 訪問散髪の受け入れがあり、ご希望のあった利用者様へは、ヘアカットの案内もしています。			
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	食事する際の動作、咀嚼や嚥下など一人ひとりの能力に合わせ、配膳しています。食の細い方には、ご家族からの聞き取りを行い嗜好品を用意して頂き食事の際に提供する等の対応も行っています。 手作りおやつの中には、利用者様のできる事は手伝ってもらっています。	朝食と夕食は事業所内で職員が調理し、昼食はご飯以外を階下の厨房からの配食を利用している。食事時はテレビを消し懐メロ等を流し、ゆっくり本人ペースで食事が出来るよう環境を提供している。おやつはホットプレートを使い、ホットケーキやヒラヤーチーを焼く等できることを役割分担をして力を発揮してもらい、楽しく食事ができるよう工夫をしている。		

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	食事時間以外にも午前と午後にお茶の時間を用意しています。水分摂取を促すために、お茶だけでなく、コーヒーや紅茶、ココアなど、ホットでもアイスでも好みの飲み物を提供できるように心掛けています。月に一度、体重測定を行い、運動量や摂取量のバランスの調整にも気を付けています。		
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	手洗いと歯磨きは毎食後行っています。声かけ促しや介助方法も利用者個々の出来る力に合わせながら対応しています。対応の難しい利用者様の対応も、根気強くご本人の気持ちを確認しながら、時間を空けたり対応するスタッフやアプローチの仕方を変える等工夫しながら取り組んでいます。		
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	非言語的な『トイレに行きたい』サインを表現される利用者様もいるので、見落とさないよう表情や言葉の変化を伺ったり、排泄チェックを行い周期(パターン)の把握に努め、起床時や食事の前後、就寝前に排泄確認(声かけ)し介助を行っています。就寝後におむつを使用される利用者様でもサインがあればトイレ誘導を介助しています。	排泄チェック表を用い一人ひとりの排泄リズムやパターンの把握に努めている。特殊な排尿スタイルにも匂い対策を徹底的に行い、自宅環境の継続に対応している。	
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	食事と水分の摂取量を観察し、食事形態を一人ひとりに合わせて調整し提供しています。乳製品や食物繊維を含んだ食材を献立に入れる等工夫し、適度な運動を毎日心がけています。便秘が数日続く事がないように看護師に、利用者様の様子を報告・相談を行い下剤の服用に対応しています。必要があれば、病院受診時に便秘の状況と対応している内容について医師に報告し相談を行っています。		
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	週3回の入浴を行っています。排泄時の失敗等による部分浴や半身、同性介助の対応について利用者様やご家族からの依頼や要望等は出ていないので今の対応を継続しています。要望があれば可能な限り応えられるよう職員それぞれの役割を調整し対応するよう心掛けています。	週に3回の個浴を基本としているが、その日の体調や気分によって曜日が時間帯の変更等希望に沿って支援を行っている。本人の好みのシャンプー・石鹸等を使用してもらい、入浴が楽しめるよう支援している。	

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	食事時間(朝8:00、昼12:00、夕18:00)を中心に、日課は組み立てられています。活動への参加もご本人の意思決定を優先にし自由に休息がとれるよう配慮していますが休息や午睡は過度にならないよう気をつけて対応しています。夜間おむつで対応している利用者様が中途覚醒している際には、排泄のサインを考え確認しながらトイレ誘導やおむつ交換で対応し、安心して再入眠できるようにしています。		
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	利用者様一人ひとりの薬の説明書をファイルし、全職員が確認できます。看護師が個別でセットしている薬も服薬時には二人で確認してから投薬しています。一人ひとりの能力に合わせた服薬の支援を行っています。処方内容が変更になった際は、申し送りを行い、説明書で変更内容を確認するようにしています。	薬の説明書をファイルし、職員間で情報共有している。配薬ケースにセットした1日分のボックスから、服薬時は2人体制で確認を行い、飲み忘れや誤薬対策に取り組んでいる。	
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	日めくりカレンダーのめくり当番、体操時のムードメーカー的役割、菜園の手入れ、洗濯物たたみ、野菜の皮むきなど、毎日の生活の中で、一人ひとりが役割を担い、やりがいを持ってもらえるよう『一緒に取り組む』を大切にしています。		
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	外出を希望される利用者様はご家族の協力を得て定期的に外出されています。その他に日用品や嗜好品を購入するためイオンタウンや近隣のお店等へ外出支援を行っています。地域から通う通所介護の利用者様や児童デイサービスの子供たちとの交流プログラムに参加したり、近所の散歩、ドライブ、外食なども行っています。	日常的に付近の散歩やドライブや買い物等、希望に応じて個別に対応している。階下の児童デイとの行き来で交流もある。毎週教会へ出掛けたり外食を楽しむ等、家族の協力を得て、外出習慣を継続している方もいる。	
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	利用者様それぞれ金銭管理の能力やこだわりに違いがある為、金銭を自身で管理したいという利用者様の場合にはご家族と相談した上で自己管理して頂いている。金銭管理の難しい利用者様でもご家族からの依頼があれば、小遣い金程度を預り金として管理し、外出・買い物支援、(訪問)散髪代などの支払の援助を行っています。		

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	利用者様から、依頼や要望があれば電話対応を行っています。行事などイベントがある時はご家族へお知らせし、参加を呼び掛けています。		
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	白と木の色彩で、落ち着いたある明るい雰囲気を大切にしています。フロア兼食堂(キッチン)を中心に、トイレと浴室、の西側の窓からは、時間の流れ、天気の様子が見えやすく、ベランダのウッドデッキでの談話、畑の植物の手入れや収穫を楽しむ事が出来ます。大型のテレビで、フロアのどの席からも見る事が出来るので、テーブルを囲みお茶、談話を楽しみながら過ごしたり、ソファに腰掛け居心地よく過ごせるよう努めています。	「寛ぎ」をテーマにフロア全体は落ち着いた色調で統一している。植物モチーフの水彩画が随所に飾られ、テーブルには生花が置かれている。フロア全体は死角がなく広々と見渡せ、利用者の導線を邪魔しない配置にしている。高台の立地を活かしたウッドテラスは芝生を敷き詰め眺望を楽しみながら休める空間作りを工夫している。	
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	フロア兼食堂は、利用者様が一日の殆どを過ごす場として、フロア全体を見渡せる場所に位置しています。共に過ごす時間は馴染みの顔ぶれが自然に集まり楽しく過ごせるように配慮していますが、隣席の方との距離や一緒に過ごす時間が長い為、ストレスを感じる方もおられテーブル・席の配置は変更できるよう柔軟に対応しています。		
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	普段使い慣れ親しんだ寝具類や食器等、日用品や写真などの持ち込みを勧めています。環境の変化等で生ずるストレスが少しでも緩和されるよう居室の収納やベッドの配置についてはご家族ともよく相談するように心掛けています。一人ひとりに合った照明具合や臭気にも気をつけるよう心掛けています。	居室にはベットと冷暖房が設置され、家具や寝具、書籍やテレビ等本人の馴染みのあるものを持ち込んでもらい制限はしていない。壁には習字や絵、写真等を飾り、家族と相談をしながら本人らしい暮らしができる居室作りを支援している。	
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	フロア兼食堂は、利用者様が一日の殆どを過ごす場として、フロア全体が見渡せます。席の配置も馴染みの環境や関係が作られるよう支援しています。TVに近い場所、自室がすぐ目の前、トイレが近い等、利用者様それぞれの特徴に合わせ、「行きたい場所へ行く」、「したい事をする」が自分の力で出来るよう配慮して居室、食卓での座席の配置を行っています。		