

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28年1月26日	評価結果市町村受理日	平成28年4月12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.kaijokensaku.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2015_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	沖縄県那覇市曙2丁目10-25 1F
訪問調査日	平成28年2月24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、日々のケアの場面においては利用者様一人ひとりが共に住まう生活者として、その人の持てる力を活かし、互いがそれぞれに役割を担い支え合える支援を心掛け、『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。
階下に併設された地域から通う高齢者の通所介護と児童(障害児)のデイサービスがあり、通所される方々との交流、地域とのつながりと共生型介護にも力を入れています。

【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)】

事業所は複合施設の2階にあり近隣は民家やマンション、アパートの多い地域になっている。管理者を始め同複合施設内では看護師が6名在席しており法人内看護師会を立ち上げ日常的に利用者の健康状態の相談や急変時の対応等医療連携の仕組み作りがある。開所時から事業所独自のキャッチフレーズ「そっと寄り添い・ちょっと手伝い・ずっと支えていきたい」を管理者と職員が話し合い作成している。職員は日常的に「利用者一人ひとりの思いや力を見極め」日々のケアに努めている。利用者のバックグラウンドの把握、個々のケアの共有を図り、実践している。また、地域に開かれた事業所を目指して認知症や介護予防等の出前講座を行うなど取り組んでいる。利用者の楽しみの一つの食事は、法人の「おいしいものを、おいしく提供する」という考えもあり好評で、食事の形態や時間も利用者のペースに合わせていて、毎回、完食となっている。

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28年4月1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	法人の理念を共有し業務にあたっている。理念は事業所内に掲示されており、いつでも目につき確認できるようにしています。全体の朝礼では毎日理念と年間目標が唱和されており、週に一度朝礼前に代表による研修が行われ、理念やキリスト教精神に通じる学びが行われています。グループホームの職員は三交代制のため毎回の参加が難しい。次年度から全事業所職員を対象とした人材育成プログラムが開始されます。	開所時からキリスト教精神を理念とする法人にならない事業所の理念としている。又、管理者と職員が話し合い「そっと寄り添い・ちょっと手伝い…」等の事業所独自のキャッチフレーズと年間目標が作成されている。理念は目標と共に掲示し毎朝唱和している。管理者は勉強会等に説明し共有している。職員は「利用者一人ひとりの思いや力を見極め」日々のケアに努めている。	
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人として日常的に交流している	日用品や食材等の買い物は近隣にあるイオンタウンを利用し、週に一度は利用者様と一緒に買い物に出掛けています。去年の11月5日には、渡具知区民として津波・防災避難訓練に参加しました。村内の祭り、イベントへの参加や旧盆には区の青年会によるエイサー・演舞が施設前にて行われています。	利用者と職員が同複合施設内デイサービスの行事(フラダンスや民謡等)を見学したり、地域の敬老会に参加している。自治会へは加入はしていないが地域ミニデイサービスに管理者や職員が「認知症講座」等の講師として啓蒙活動に努めている。近隣住民から手作りケーキや生花、野菜等の差し入れがある。	
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	実習生や小中学生の職場体験学習等の受け入れを行い、認知症や介護についての理解、人材育成の貢献を図っています。		
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	2ヶ月に一度行われている運営推進会議では、日頃からきらめきに関わりのある地域のボランティアや、地域住民を代表して区長と前老人会役員が参加されています。読谷村地域包括支援センター職員も参加し運営状況の報告、事業所の取り組みに対し助言を頂いたり、季節のお花や事業所で取り組んでいます回想法で使用して欲しいと古民具を提供して頂いたりしています。利用者様やご家族への参加も呼びかけ意見交換を行っています。	運営推進会議は毎回行政が参加して年6回開催されている。事業所の現状活動報告や介護相談員からの報告、ヒヤリハット事故等の報告がされ、利用者や家族等各委員からの意見や要望(利用者の私物管理や入浴時の同性介助等)がある。案内は委員へは管理者や利用者が持参している。議事録も整備し各委員へ配布し職員へも公表している。	
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	読谷村高齢者施設訪問事業として、村福祉課、村社協、嘉手納警察署からの訪問を受け入れ情報交換等を行いました。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(連絡会)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。介護保険広域連合の介護相談員派遣事業の受け入れを定期的に実施しています。	行政職員とは運営推進会議や村グループホーム連絡会(半年で2回開催)で情報交換が行われ共有している。行政からfaxやメール等で研修案内等がある。介護主任が介護支援専門員と兼務しており、介護保険制度や更新手続き、事業所からの質問(受診時の移送利用等)で電話や窓口を訪ねている。	
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	建物の構造上、職員の配置状況等から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。外出の希望や、帰宅要望のある利用者様への対応としては、事業所内だけで対応するのではなく、一緒に外に出かける等束縛のないよう努めています。対応が難しい場面ではご家族の面会を依頼し協力を求め対応しています。歩行が不安定で転倒リスクの高い利用者様2名は、就寝後に上下ベッド柵を使用しています。身体拘束の具体例について、資料を読み合わせる等介護職員への指導、周知を行っています。	エレベーターボタンを利用者が押す行為やエレベーター内に居た事例等があり安全面を考慮し鍵をかける。家族へは入居時や相談等があった場合その都度口頭で行っている。1階玄関は職員の勤務体制上日曜日のみ施錠している。身体拘束についての勉強会を実施し職員間で理解や共有がされている。日常的な散歩を通して事業所に閉じこもらないように取り組んでいる。家族へ説明し同意を得て、現在は1名がベット柵を時間を決め使用しており解除に向けた検討会や経過記録が作成されている。	

沖縄県(グループホームきらめきトグチ)

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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のないよう注意を払い、防止に努めている	高齢者虐待防止法について学ぶ機会はまだありませんが、『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。法人内の事業所が過去に参加した研修等の資料を各自に配布しています。	
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	管理者は制度について理解しているが、対象者が不在のため成年後見制度や日常生活自立支援事業について介護職員を対象にした勉強会等はまだ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、解約又はや改定等の際は、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	契約の手続きを行う際には、はっきり・ゆっくりに気をつけて説明を行い、聞き手となる利用者様やご家族の表情を確認しながら不安や疑問点がないかを尋ねている。利用手続きを行う一度きりの説明では不十分なので、その都度、その場面で「不安な事、疑問点があればお互いで確認しましょう」と声をかけるようにしています。	
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	利用者様、ご家族からの意見や要望が寄せられ、利用者様への対応方法の変更や業務の改善が図られた際には、その日の申し送りや連絡ノートに記載し全職員への周知を図っています。必要に応じては、所長や代表を交え個別での面談を行い、事業所の運営に反映できるよう取り組んでいます。広域連合から介護相談員の受け入れを行い、利用者様の要望等について事業所との橋渡し役を担って頂き、対応した内容については次回の相談員来所時に報告を行っています。	利用者の意見は、日々のケアの中や毎月1回の座談会等で聞いている。利用者からは「ドライブがしたい」等の要望では月間活動を利用者と一緒に作成している。家族からは、は面会時、担当者会議や年1回家族満足度アンケートを実施し意見や要望を聞く機会を設けている。出された意見や要望等は職員ミーティングで話し合い反映させている。
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	毎日の申し送り、ほぼ定例で行われるミーティングなど、業務中でも意見や提案が交わされるよう取り組み、職員のスキルアップや業務の改善に努めています。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。	管理者は年1回の面談、日々の業務の中や職員ミーティング等で職員の意見を聞いている。これまで職員から夜間帯における緊急時対応の不安との意見があり、検討した結果法人内で看護師会を結成し医療連携が図れやすい環境が整備された。
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	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、適正な手当てを支給しています。	
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	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。年度初めに所長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為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。	

沖縄県(グループホームきらめきトグチ)

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	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。村からの提案で、読谷村内GH3事業所の連絡会が前年度行われたが折り合いつかず中断しているが、村内、嘉手納町の事業所とは必要に応じ連絡を取り合っている。今後、ネットワークを広げ相互訪問や勉強会にも取り組んでいきたい。		
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	ご本人のこれまでの生活の様子、入所時の基本情報、グループホームでの今後の生活についての意向等を確認し、情報を共有した上で関わりを持つよう心掛けています。ご本人が一人で出来る事と支援を必要とする事を一緒に確認し、寄り添い支える事を通して信頼関係がつけられ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	利用相談(利用申し込み)時に、相談・申し込みに至った経緯、抱えている不安などに耳を傾け、事業所での対応が可能な事、ご家族の協力が必要な事を説明、確認し合うよう心掛けています。サービス利用開始においては、ご本人にとって、これまでの環境や関係から一変した生活が始まり、過度にストレスを感じる場合もある事等を説明し、ご家族も一緒に支えてもらうよう支援を依頼しています。		
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	これまでの生活の様子、習慣、得意とする事など、一人ひとりが生活の中で主体的に役割を見出せるよう、出来る時と出来ない時など、その時々気分にも合わせ関わりを持つよう心掛けています。活動や日課(作業)も一緒に取り組む雰囲気や大切にし、『～しなければならない』といった決めつけ型のケアにならないよう気をつけています。		
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	生活する環境が変わっても、生活感を感じる居室のレイアウトはご家族にも協力をお願いしています。大切な人との関係が薄れてしまう事のないよう、面会、外出、外泊等は特に制限は設けず気軽に足を運んでもらえるよう意識し、ご家族の側の気づきや職員側の気づきについても情報交換、相談がし合えるよう努めています。		
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	ご家族以外の、知人・友人との交流も図れるように面会の問合せ等がある時には、柔軟に受け入れるよう心掛けています。馴染みの理容室へ出かけ、これまでの関係も大切にしていけるよう努めています。	同じ敷地内の法人関連の事業所を利用している家族や知人と利用者が相互に訪ね会話を楽しんでいる。家族の送迎で刺身を食べに漁港に出かけている。又、地主会総会に参加したり教え子が事業所を訪ねて来る交流も継続できるよう支援している。	

沖縄県(グループホームきらめきトグチ)

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、共通の話題について話し合ったり、テーブルを囲んでのレク活動や洗濯物たたみや料理の下ごしらえ(皮むきなど)、菜園の雑草取りや水やり等、お互い共に生活し支え合う関係と、利用者様同士の関係づくりを大切に支援するよう努めています。		
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、ご家族からの問合せがある場合には、その都度相談に応じ、本人の近況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	(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	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。月に一度行っている座談会では、月間活動計画に利用者様の意向が反映できるよう聞き取りを行っています。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行いながら対応するよう心掛けています。	個別外出支援や月1回の座談会等で職員は利用者から希望や意見が聞ける機会を設けている。例えば、利用者の暮らし方で季節の野菜作りができる家庭菜園等の環境整備や得意なキムチ作りをしたい利用者へも対応し一人ひとりの思いや希望に添った支援が行われている。把握が困難な場合も表情や仕草、声のトーン等で確認している。	
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	共同生活(集団生活)であっても、これまでの生活が大切にされ、新しい環境でも継続が図れるよう、これまでの生活についてご家族や関係者から情報を提供してもらい、一日の生活の様子の把握に努め、適切な支援、ケア提供に取り組んでいます。		
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)へ業務を引き継ぐ申し送りを一日2回実施し、一人ひとりの一日の過ごし方への支援、必要な情報やケアが途切れる事の無いよう現状把握に努めています。		
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	今年度から、介護職員1名が利用者様1名のケースを担当し、利用者様の現状把握と適切なサービス内容が提供されているかの情報交換や確認を行う取り組みを始めました。カンファレンスにはご本人やご家族の参加を呼びかけ、主治医からのコメント等も含めた説明を行い、生活全般についての意向や必要なサービスについての振り返り、今後の意向を確認する等の対応に努めています。	介鍵主任が介護支援専門員を兼務している。介護計画は更新時及び3~6ヶ月のモニタリングで必要と判断した時に随時見直している。担当職員がモニタリングをして介護支援専門員がまとめている。担当者会議に本人と家族が参加している。「役割を持つことが出来る」等個別の計画を作成している。ミーティングや1日4回の申し送り時に職員は支援内容等を確認している。	
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	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。		

沖縄県(グループホームきらめきトグチ)

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	ご本人やご家族の要望、個別の依頼についても、『まずはやってみましょう』、『一緒に考えてみましょう』という気持ちで相談に応じ、柔軟に対応できるよう努めています。対応が困難な場合でも、ご家族やご本人の協力を得る事で対応できないかを相談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、十分把握されていない為、その時々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地域の代表者に助言を頂いたりしています。また、身近所のスーパーの専用駐車場の利用や店内設置の車イスの利用、タクシー会社へ移送の内容について照会するなどを行っています。		
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	利用者様全員が入居前のかかりつけ医を継続されています。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、介護の場面で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。車両の乗降が難しい車イスを利用されている利用者様の受診時には、事業所の福祉車両での送迎も対応しています。	受診は家族対応で1名以外はこれまでの馴染みのかかりつけ医を継続している。管理者が看護師で健康管理や服薬管理を行っている。受診時は事業所より情報提供書を医師に提供して主治医から書面で回答を得ている。又、家族からの口頭報告もある。薬の変更は送りや連絡ノートに記載して共有している。	
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	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出来るよう定期的に面会し、病院関係者や家族と情報交換を行っています。退院時には生活の場がグループホームへスムーズに移行できるようMSW、CW、病棟の看護師やご家族と話し合い連携を図っています。		
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	看取り介護の対応について届け出指定を受けているが、まだ対応はありません。現在、利用されている利用者様について、ご家族との話し合いでは重度化や終末期についての話し合いは具体的には行われていません。今後、利用者様やご家族から希望が出れば、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。	事業所は重度化又は看取りに関する指針を重要事項説明書に追加して終末期の判断や医療機関との連携、家族との信頼関係等を示している。家族に対して看護師による24Hオンコール体制と医療体制を整備し事業所として看取り対応の準備をしていたが家族の強い要望で自宅での看取りとなった事例がある。管理者が講師として看取りに関する研修会を実施している。	
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	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ています。急変、事故が発生した際には、後日、発生状況や対応した内容について振り返りを行い、対応方法の見直しや業務改善をはかり実践力を高める取り組みを行っています。		

沖縄県(グループホームきらめきトグチ)

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	年2回、防災・避難訓練を行っています。去年の11月5日には地域区民として合同の地震・津波避難訓練に参加しました。	3月に昼間を想定した火災避難訓練を消防立会いで同法人複合施設合同で実施している。又、地域の地震・津波避難訓練に参加している。地域の協力体制については地域避難訓練時に利用者を避難場所への誘導協力が得られている。備蓄は法人内倉庫に缶詰や飲料、乾電池等保管している。	消防訓練は年2回の実施が定められているため夜間想定での訓練も実施してほしい。複合施設として地域住民の協力を含めて施設全体の早期の実践が望まれる。
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	一人の利用者様に対して介助や手伝いを必要とする場面でも、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ねない言葉かけに気を付けて対応しています。一度に全てを介助するのではなく、出来なくなった行為、思い出せない手順に対して、絡まりを解くように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ねないよう取り組んでいます。	管理者は利用者の「その人らしさ」を大切に無理強いないよう職員へ伝えている。又、利用者一人ひとりがこれまで歩んできた人生を職員が共有している。本日の調査で利用者を支援する時に職員は不安や不愉快な思いをしないよう静かに介護内容を丁寧に説明していることが確認できた。	
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	日課や活動に取り組む場面においても、無理強いや押しつけにならないよう、ご本人の気持ちを尋ねたり、表情や声の調子や仕草を通して気持ちを確認するよう心掛けています。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、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	一日の日課については朝食後等に報告し、一人ひとりのその時の気持ちや考えを聞き取るようにして、ご自分のペースで過ごせるよう業務は柔軟に組み立てて対応でき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て整髪する、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。		
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	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、器のサイズ、盛り付ける量、食べやすい器の形状、箸・スプーン・フォークどちらが良いのか、一度に全てのメニューを出すか食事としての認識が難しい方もいるので2~3品ずつの配膳し集中できるよう工夫した対応を行っています。食の細かい方には、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。	地元読谷のやちむん(陶器)の食器を利用している。昼食は同建物1階の厨房から配食を受けている。朝食と夕食は職員が事業所内のシステムキッチンで調理している。職員の見守りで全員自立で食事をしてほとんどの利用者が完食している。落ち着いた食事が出るようテレビを消して音量を抑えたBGMが流れている。	
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	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。食事は栄養のバランスに偏りのないよう三色食品群(赤=体のもとをつくる、黄色=エネルギーのもとをつくる、緑=体の調子を整えるもとをつくる)を踏まえた献立での提供を心掛けています。		

沖縄県(グループホームきらめきトグチ)

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	手洗いと歯磨きは毎食後促し実施しています。準備や片付け、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へのアプローチは無理強いとにならないよう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	(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	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。おむつ類は利用者一人に合っている物を使用しているかを職員間で検討し合っています。	排泄パターンを把握して、日中は利用者全員がトイレで排泄できるよう支援している。夜間は身体機能レベルに合わせてポータブルや睡眠に配慮して夜間のみオムツを使用して対応している。利用者が排泄を失敗しないようトイレに近い居室にする等自立にむけた支援を行っている。排泄で失敗した時は職員が耳元で小声で話してトイレ誘導し半身浴等を行っている。	
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提供しています。乳製品(牛乳、ヨーグルト)や食物繊維を含んだ芋類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。便秘が数日続か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を対応しています。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	(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	週3回の入浴を行っています。傷の手当てや排泄時の失敗等による部分浴や半身浴は必要な時に随時対応しています。希望の回数、時間帯については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。同性介助での入浴を希望される利用者様に対しては、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	入浴は週3回の午前を基本としているが利用者の希望に合わせて支援している。シャンプーや頭皮ブラシ等家族が持参して本人好みのものを使用している。脱衣室での着替えから浴室での入浴支援まで職員が個別に対応している。窓やヒーター等換気や温度に配慮された環境となっている。	
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	食事時間(朝8:00、昼12:00、夕18:00)を中心に、おおまかな日中の日課は組み立てられていますが、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。日中の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		○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、看護師が個別でセットしている薬を、利用者様毎、毎食前後、就寝時と容器に分けて入れ、服薬時も二人で確認してから投薬しています。封を開ける、手のひらの上に乗せる、容器とスプーンを準備する等、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。		
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、体操時の掛け声、菜園の手入れ、食器の片付け手伝い、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。週に一回、高齢者の通所介護で書道教室で講師をされる利用者様もおり、地域から通所される同世代の方々との交流も支援しています。		

沖縄県(グループホームきらめきトグチ)

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	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、自宅訪問なども行っています。	事業所周辺に公園や海岸、店舗等があり、利用者は日常的に散歩や買い物に出かけている。事業所のベランダの家庭菜園用の種や道具等の購入を家族と一緒に買い出しに出かけている。地域の行事(このほり祭りや村祭り等)に出掛けている。外出時の交通手段として地域のタクシー業者を活用する等個別の支援も行っている。	
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	利用者様それぞれ金銭管理の能力やこだわりが違う為、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金銭の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、小遣い程度を預り金として管理し、外出・買い物支援、支払の援助を行っています。		
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	依頼や要望があれば電話対応を行っています。特に通信の制限は行っていませんが、季節の便り(暑中見舞いや年賀状、誕生日カードなど)作成などの支援を計画しています。		
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	白と木の色彩で、落ち着いた明るい雰囲気大切にしています。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、天気の様子について分かりやすく、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、居心地よく過ごせるよう努めています。	食堂兼居間と対面型キッチンがあり常に見守りができる造りである。利用者が座る六角形のテーブルは利用者同士の視線の交錯が避けられるよう工夫されている。利用者同士の距離感を配慮したソファ配置や大型テレビの音量に気をつける等居心地よく過ごせるよう支援している。ベランダは家庭菜園や洗濯干し場、利用者同士や職員との会話等が楽しめる環境である。	
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。三度の食事時間を共に過ごす時間は馴染みの顔ぶれが自然に集まれるよう配慮していますが、自由に席を移りたいという方のその時々気分にも合わせられるよう配慮しています。		
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	利用相談、入所準備の段階から、普段使い慣れ親しんだ寝具類や食器等の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。	ベッドやタンス、冷暖房が備え付けられている。自宅からテレビや毛布、家族写真等の持ち込みや趣味の園芸道具を持ち込んで居室で作業できるよう環境づくりがされている居室もある。持ち込みが少ない居室は家族へ利用者本人の慣れ親しんだ物の持ち込みを呼び掛ける等の協力依頼を行っている。	個々の生活習慣や生活歴を活用して馴染みの物を活かしたその人らしく過ごせる居室づくりが望まれる。又、利用者や家族と相談しながら、その人らしい居心地のよい居室作りに期待したい。
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、フロア全体を見渡せる場所に位置しており、食卓の席の配置も馴染みの環境・馴染みの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、トイレに近い等、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。		