

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	4790100038		
法人名	特定医療法人 葦の会		
事業所名	グループホームかなん		
所在地	沖縄県那覇市首里石嶺2丁目13番1		
自己評価作成日	平成28年1月15日	評価結果市町村受理日	平成28年5月2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.gokensaku.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2015_022_kani=true&JigvosvoCd=4790100038-00&PrefCd=47&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	特定非営利活動法人 介護と福祉の調査機関おきなわ		
所在地	沖縄県那覇市西2丁目4番3号 クレスト西205		
訪問調査日	平成28年2月12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)】

同法人内に居宅介護支援事業所、地域包括センター、訪問看護ステーション、ヘルパーステーション、通所介護(パワーリハビリ)、小規模多機能型居宅介護施設があり、常に利用者にとって必要なサービス、ケアを提供できる体制を準備しています。新築の建物でオープンし、スプリンクラー、自動通報装置、オール電化等火災等に強い施設ができました。また屋上菜園もあり、利用者と共に野菜作りを行い、今年も多くの野菜の収穫ができ皆で美味しく頂きました。行事も地域保育園園児や多くのボランティアのおかげで、100名近くの参加があり、楽しく過ごしています。チャージャーがじゅう課のボランティア養成講座からボランティアも繋がり、週1回程度事業所に来てもらっています。

【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、医療法人を母体として住宅密集地に位置し、1階に通所介護や小規模多機能型居宅介護事業所が併設され、2階が本事業所となっている。共有空間や居室が広々としており、事業所の屋上の家庭菜園では季節の野菜等が収穫でき、外気浴もできる環境がある。訪問診療等、医療関係者との連携を図り、利用者や家族が安心できる体制が整っている。管理者は利用者や家族、職員に対して柔軟な対応を心がけ、三者のコミュニケーションが円滑に行われるよう常に声かけや目配り・気配り・心配りを行っている。管理者や職員は、利用者の潜在的能力に働きかけるケアの実践に取り組めるように情報収集を行い、職員間で共有して日々のケアに活かしている。職員の資格取得のための研修への配慮など、福利厚生面が充実している。

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)
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)
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)
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)
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
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
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22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	キリスト教精神を理念とする母体にならない、事業所の理念としている。毎朝、職員は朝礼時に理念の唱和を行い、その理念を持って一日仕事に取り組めるようにしている。また理念同様、地域支援局基本方針を実践に繋げている。	開所時から、法人の基本理念と地域支援局基本方針を掲げている。職員は、勉強会やミーティング等で理念に基づいて日々のケアの振り返りを行い、情報を共有している。方針の「地域で豊かに住み続ける」等、地域に向けた取り組みを実施している。	
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	行事等で近くの保育園の園児との交流を行い、また地域のサークルも招いて一緒に行事やカラオケ大会をして楽しんでいる。地域の祭りにも御家族も一緒に参加してもらい交流している。新しいサークルとの交流もあり、行事にマジック等を行ってもらいました。	小・中学校の職場体験や看護学校の実習生を受け入れている。また、地域交流室を利用している古典サークルが事業所で三味線を弾いたり、利用者と一緒に歌う等、定期的に交流を図っている。毎年地域の福祉祭りに利用者と職員が踊りで参加している。	
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	地域の散髪屋さんやスーパーを御利用者様と一緒に利用することで、認知症の利用者を徐々に分かってもらっていると思う。昨年まで石嶺中学校1年生の福祉体験を学校で行っていたが、今年から福祉体験として施設実習を行い、来年も続けて行く予定です。		
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	運営推進委員の方々には積極的に参加して頂いている。民生委員の方が多いため、地域の相談事も出るようになってきた。また行政の方も数人で確実に出席できるようになった。地域包括センターの職員もほぼ参加できるようになりました。	運営推進会議は、小規模多機能型事業所と合同で実施している。事業所の行事や活動状況、事故やヒヤリ・ハットの報告が主である。昨年度の課題の「利用者の会議への参加」は達成されている。議事録は委員には配布し、事業所の玄関入口でも公表している。	運営推進会議の意義や目的を、会議で再度確認して委員に働きかけ、委員から積極的な意見や要望、情報等を引き出し、事業所の運営に反映させ、改善につなげることを期待したい。
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取り組んでいる	沖縄県グループホーム連絡会的那覇支部ができ、定期的(奇数月)に那覇市との会議を行うことになり、協力体制を築いています。またチャージャーが介護士のボランティア養成講座よりボランティアが繋がりました。	介護保険関連の相談や更新手続き等で行政窓口を訪問している。那覇市グループホーム連絡会に参加して情報や意見交換をし、連絡会で出た課題や質問事項等はまとめて行政担当者へ報告し、相談している。研修会等の案内は市からメールで連絡がある。	
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	当法人には抑制廃止検討委員会もあり、また当事業所も抑制廃止に取り組んでいる。今年のGH大会でも発表しますが、現在可能な限り入口ドアを開けるようにしています。職員も初めは不安でしたが、利用者に対する対応方法を試行錯誤していくなか、良い方向に向かっていっていると思います。	身体拘束についての研修や勉強会を年間計画に位置づけて開催し、全職員が参加している。職員は日頃からケアを振り返り、身体拘束に関して互いに確認し合っている。利用者3名が転倒防止のため、ベッドの足元にセンサーを使用している。リスクについては、入居時や相談等があった場合、その都度家族に説明している。	

沖縄県(グループホームかなん)

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
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	虐待について施設での勉強会や外部の勉強会に職員を参加させている。ご家族へも虐待についての説明を行うことがある(ご家族の利用者への接し方、対応について)。特に新規のご家族には認知症についての冊子等を配り、認知症の理解や虐待が起こらないように説明している。		
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	沖縄県グループホーム連絡会でも権利擁護の研修があり、職員を参加させ成年後見人制度等の勉強を行っている。また事業所研修でも包括職員を講師に迎え行っている。		
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	利用相談のあった時点で、現状、希望等を聴き、利用者、家族に見学を行ってもらい、説明している。契約時は管理者、ケアマネで重複するが、十分な説明を行い承諾後、契約を行っている。利用に際して不安にならないように利用開始後もご家族と常に連絡を取り合っている。		
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、ご家族からの意見や要望があった場合は直ぐに職員で共有し、対応できるようにしている。意見箱を設置し、対応については苦情処理委員会があり、苦情があった場合には速やかに報告、対応している。意見等があった場合は答えを掲示板にて公開している。運営推進会議にもご家族がいるので、その場でも意見を言ってもらえるようにしている。	利用者の意見等は、居室や居間等で日常的に聞いている。「雑誌をみたい」等の要望は個別支援計画に位置付けて対応している。家族からは面会や電話の時に聞く機会としている。家族の要望で居室内に空気清浄機を設置したり、自然療法のアロマオイル等の活用をしている利用者もいる。	
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	管理者は介護士として兼任しており、いつでも職員の意見や提案を聞けるようにしている。月に一度はミーティングを持ち、職員からの意見を聞いている。職員用の連絡帳があり、その都度何かあれば記入し、共有するようにしている。その他には週一回地域支援会議があり、各部署からの報告をできる場がある。	職員からは、毎月の職員会議や年2回の管理者による個人面談、状況に応じてその都度意見や提案等を聞いている。これまで職員から出勤時間の変更や申し送りの徹底等の業務改善、電化製品等の備品購入の提案があり、対応している。	
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	当法人では人事考課がある。年二回実施し、ボーナス等へ反映されている。主任以上は人事考課のために研修を受け、また職員が目標を持てるように面談等を行っている。		
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	定期の法人内勉強会や外部の研修会には職員がなるべく多く参加できるよう交代で参加し、研修会参加後は研修報告書を出してもらい、研修内容の報告を行っている。現在職員は一人を除き全員介護福祉士である。最後の一人も今年初めての試験を受ける予定です。		

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
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	沖縄県グループホーム連絡会に加入し、管理者は定例会、また研修会に職員と参加し交流を深め情報交換を行なっている。職員も連絡会主催の勉強会へ参加し、他事業所職員との交流を行っている。		
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	相談時に利用者、家族の見学を受け入れ、内容等説明を行っている。可能な限り利用者本人が自宅と同じような生活を営めるようにいままでと同じ生活リズムで暮らせるよう努力している。		
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	相談時に現在家族が必要としている内容をゆっくりと傾聴し、求めているサービスを把握する。また現在持っている不安等取り除く為に、家族が把握していない介護サービスや介護についての助言等を行っている。利用開始後はケアマネを通じてできるだけ連絡を取り合い、信頼関係を築いている。		
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	相談があった場合でも、その他のサービスが本人にとって必要な場合は同施設内にある居宅介護支援事業所や地域包括と連携し、訪問看護、ヘルパーステーション、通所介護など必要なサービスが受けることができるよう紹介をしている。		
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	利用者本人や御家族から情報収集をし、本人の持っている力を生かすことができるように、職員が準備するだけでは無く、利用者と協働で何かを作る関係ができるよう留意している。屋上菜園は、利用者の指導を受けながら野菜作りを行っており、また畑をしている利用者ご家族から苗をもらい、ご家族との交流の場にもなっている。		
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	行事等に参加してもらい、喜怒哀楽が共有できるように留意している。一方的に施設が全部行うことはせず、ご家族様で対応できることはお願いし、利用者様との関係が途切れないように配慮している。また自宅へいつでも外泊できるようにしている。		
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	施設地域よりは少し離れた地域からの方が多いが、散髪や歯科受診等できるだけ今まで通われていた場所を使う等、馴染みの関係が途絶えることのないように支援している。	利用者本人が家族や友人あてに毎年年賀状を送れるよう支援し、公設市場の馴染みの商店に買い物に出かける等、関係が途切れない支援に努めている。関係性については家族から情報を得て把握し、家族の協力で法事やお墓参り等へ出かける利用者もいる。	

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
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	利用者同士の関係に留意し席を決めたり、利用者同士の間で職員が入り、相手の話を伝えたり、利用者同士の会話が途切れないように配慮している。またレク活動や野菜作り等を通して、笑いや楽しみを共有している。		
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	医療的ケアが必要で、入院したり、亡くなった利用者が数名います。医療的ケアで入院されている利用者のご家族は皆かなんに戻ってきたいと言っており、時々かなんへの訪問もあり、継続して繋がっている。		
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	日々の関わりの中で本人の心身状態や希望を常に把握し、困難な方には家族の意見だけではなく、職員も利用者の身になって考え、その人らしく生活できるよう支援している。ご家族にも本人の希望等があった場合には連絡し、直ぐに対応できるようにお願いしている。	利用者から生育歴や生活歴の情報を収集し、本人の希望や嗜好(事業所の行事の際にエレクトーンを演奏する、主治医と相談してノンアルコールやウィスキーを嗜む等)を把握しながら支援している。意思疎通が困難な場合は、家族や知人から情報を得ている。	
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	契約時にプライバシーに配慮しながら、本人及び家族、関係者より既往歴、趣味等を出来るだけ詳しく聴くようにしている。今まではカラオケのみでしたが、新しい利用者でピアノが弾けるかたがおり、歌を一緒に歌いながら弾いてもらっている。		
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	生活リズムは毎日同じでは無く、本人の体調、変化を職員が判断し、その変化に応じて一日の過ごし方を調整している。車椅子はできるだけ外しているが(残存機能維持の為)体調により使用している。		
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	本人、家族から要望、情報を聴き介護計画を立て、さらにスタッフで検討、情報の共有を行い、プランを作成している。朝夕のミーティングの中から気付いた点があれば直ぐに変更を行ったり、臨機応変に対応している。毎月のミーティングでも9人全員の振り返りを行っている。	介護支援専門員は、3か月毎にモニタリングをして本人や家族の要望等を聞き、担当職員からも情報を得て介護計画を作成している。計画は、更新時や状態変化時に見直し、介護計画書は職員間で共有して利用者の残存機能の活用や役割作りに活かされている。	
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	昨年からのパソコンでの管理を行っている。施設での活動状況、バイタル、食事、排泄等を記入し、職員間で情報の共有をしている。また何かあれば職員用の連絡ノートや日報に記入し、共有できるようにしている。受診の際も記録(状態)が直ぐにパソコンで出せるので、Drとのやり取りも密にできる。		

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
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	急なご家族からの外出等でもいつでも対応できるようにしている。ご利用者様からの申し出については職員が可能な限り対応している。難しい場合は再度日程調整をして対応できるようにしている。		
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	地域交流室を地域のサークル等に活用してもらい、その結果ボランティアとして行事等にも参加してもらっている。今年から認知症カフェを包括が行っているの、参加している。		
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	身体状態の変化、気になることがある場合は訪問看護と相談し、かかりつけ医に受診を勧めている。受診同行し、施設での状況等は書類や口頭(電話等)でかかりつけ医に連絡している。受診の難しい利用者は訪問診療のできるDrに変更してもらい、対応を行っている。	利用者6名がかかりつけ医を継続し、2名が協力医に変更、1名が訪問診療を利用し、訪問看護による24時間オンコールの連携がある。受診は家族対応が基本で、必要時に職員が支援している。受診時は書面で医師に情報を提供し、結果は家族から口頭で報告されている。薬の変更等はシステムデータ化して全職員で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	訪問看護と連携し、毎週定期的に訪問をしてもらっている。薬の準備等も看護師が行い、その後職員が確認する二重チェックもおこなっている。24時間対応なので、夜中でも安心して職員も仕事ができている。その他緊急の場合は階下の小規模の看護師に対応をお願いしている。		
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。	入院した場合は職員(ケアマネ)が病院へ行き、家族からの情報及び施設での情報を提供をしている。入院するとレベル低下が起こる為、早期退院に向けて、できる限り病院訪問やカンファに参加し、退院後も継続した利用がスムーズに行えるようにしている。		
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	終末期に向けて担当医を訪問診療できるDrに変更してもらっている利用者もいる。今年、同法人に訪問診療所がオープンし、今後の連携に関して話し合いを行いました。また訪問看護は終末期ケアの経験が豊富で、24時間体制で対応できるので安心である。	重度化や終末期に向けた指針が作成されている。利用者の状態変化に応じて家族や訪問診療医等と連携し、家族や職員の不安を軽減する体制が構築されている。看取りの事例はないが、毎年法人の研修会が開催され、全職員が受講して、看取りに関する教育・研修に取り組んでいる。	
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	利用者の既病歴の把握に努めている。また赤十字救急法基礎講習への参加、母体法人のCPR委員会による勉強会等で講習を受けている。毎年行われる日赤救急法講習会には交代で参加してもらっている。		

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
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	防火訓練や消火訓練を通して、避難訓練をしている。災害に対しては緊急連絡網を使用する。年二回消防署の指導のもと、訓練を行っている。建物は新しくスプリンクラーの設置、オール電化になっており避難経路の確保等施設的にとても良くなっている。	併設の小規模多機能型事業所と合同で、年2回昼夜を想定した避難訓練を実施し、元消防職員の協力を得て自主訓練も行っている。訓練時には運営推進会議の委員や法人の職員、地域のサークルのメンバーが参加し、見守りの協力をしている。災害対応マニュアルや報告書も完備し、食料等の備蓄は法人で管理している。	
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	個人情報の適切な取り扱いのためのガイドラインを作成し、周知徹底している。失禁等がある場合、本人が傷つかないように声掛けを行うようにしている。利用者と職員があまりに近付き過ぎると言葉使いも馴れ馴れしくなっていくので、その都度注意を促している。	職員は接遇面、特に利用者に対する言葉遣いに配慮して、「失敗を笑わない」、「羞恥心に配慮」してさりげない声かけや対応をすることに努めている。利用者や家族へは、入居時に、同性介助が基本であることを説明している。利用者の希望や好み、状態を把握して家族との情報交換を密にし、利用者のできることや役割を尊重している。	
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	基本的にどんな場合でも本人の希望を聞き行っている。決めることが難しい利用者はいくつか提案して決めてもらっている。出来るだけ本人の希望に添うように心掛けている。本人から出た希望等は御家族にも伝え、希望が叶うように心掛けている。		
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	日々の内容は、当日のリーダーが行うが、こちらで用意するものばかりを行うのではなく、利用者のやりたい事を聞き、優先するようにしている。可能な限り個別対応を行なっている。個人の役割(野菜の水掛けや配食の手伝い等)も尊重して行ってもらっている。		
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	理容、美容においては、出来るだけ今まで通われているお店に行ってもらおうようにしている。難しい場合は職員同伴で施設近隣の理美容室で散髪している。特に外出の際は女性職員にお化粧をしてもらって外出できるようにしている。		
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	法人の栄養課の協力の下、調理師の派遣で毎日美味しい料理を作ってもらっている。利用者の体調に合わせてその日でも直ぐに食事の変更ができるようになっている。厨房が階下にある為、一緒に作ったりすることができないが、菜園で作った野菜等を利用して、手作りおやつを作って楽しんでいる。運営推進会議での検食も行っている。	食事は、3食とも配食され、法人栄養士の献立により、利用者の希望のパン食も取り入れている。食事の形態を工夫して口から食べられる支援や馴染みのカップの使用等、食事摂取に対する配慮をしている。利用者は片付けやおやつ作り等を行い、体調の悪い利用者には献立の変更等配慮している。職員は持参した弁当を食べている。	
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	量、栄養バランス等は法人の栄養士により管理されており、毎月の体重測定、毎日の食事量、水分量をチェックし、水分摂取の少ない利用者に水分ゼリー等他の食品で代用している。現在パソコン管理になっている為、一日の水分摂取量等管理されている為、職員も把握し易い。		

沖縄県(グループホームかなん)

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	毎食後の口腔ケアは必ず行っている。また歯の状態や入れ歯の具合を家族に報告し、必要であれば歯科受診等をお願いしている。		
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	利用者の能力を見極め、オムツ外しも行っている。夜間オムツでも日中はパンツ対応等個々に合わせて行っている。また施設での状況、結果等を御家族に報告している。夜間でもできるだけトイレ利用するようにしている。	利用者個々の排泄パターンを把握して声かけや誘導を行い、昼夜を通してトイレ排泄を支援している。立位姿勢が難しい女性利用者には職員2人で介助をし、途中で女性職員と替わるなど同性介助に努めている。排泄の失敗時は、職員が耳元で話してトイレへ誘導し、半身浴等を行っている。夜間帯のポータブル使用者が1名いる。	
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	毎日排便の確認を行い、介護看護一緒に取り組んでおり、薬の調整、運動や水分補給等も関連付けて予防等も行っている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴時は本人に確認を取り、強制が無いようにしている。現在毎日ほぼ全員の方々が入浴を行うので、時間帯も朝から始まるが、屋外に関わらず時間の許す限り対応している。湯船もある為、寒い季節には湯船に入ってもらい、リラックスしてもらいたい。	入浴は、利用者の希望する時間帯に毎日実施している。入浴を嫌がる場合は無理強いをせず、時間や担当を変更して対応している。同性介助を基本とし、無理な場合はタオルを使用するなど利用者の羞恥心に配慮している。家族が持参した好みの入浴用品を使う利用者もいる。	
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	毎日の流れではなく、利用者本人の体調や生活リズムに応じて、休憩時間の調整を行っている。居室で本を読んだり、個人のゆっくりした時間も取れるようにしている。		
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	受診の度に変更が無い確認を行い、変更がある場合は説明書のコピーをもらっている。また変更の都度、看護師より指導がある。服薬でアクシデントがあり、確認方法や薬箱の設置場所の変更等行った。		
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	利用者の生活歴や今までの趣味等を、本人及び御家族より伺い、毎日の生活が楽しく過ごすことが出来るようにしている。元気な時はウイスキーを楽しんでいたご利用者様に少し舐める程度ですが、楽しんでもらったりしている。(家族同意)		

沖縄県(グループホームかなん)

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	毎日の日程はリーダーが中心となり、利用者の希望に添うようにしている。原則外出はいつでも可能であるが、本人の体調、天候等により実施している。行事では御家族にも参加してもらい、一緒に楽しんでもらっている。日頃のおやつ等利用者と一緒に買い物に行っている。	利用者は、近隣の公園で散歩したり、おやつや食材等の買い出しにスーパーへ出かけたりしている。その日の体調や天候を考慮しながら、全員が参加して、天ぷらを食べに奥武島までドライブをしたり、花見に出かけるなど、気分転換の外出もある。家に帰りたがる利用者には、自宅周辺までドライブをする支援等も行っている。	
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	基本的に施設利用の場合にはお金を持つ必要が無い為、利用者によっては、金庫にて預かっています。その都度、買い物や外出時には準備し、可能な限り利用者本人に決めてもらい、支払い等も本人が行うようにしている。		
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	本人希望により御家族と連絡を取りたい場合は、施設電話にていつでも連絡を取れるようにしている。また契約時に御家族に説明し、いつでも連絡をできるようにしている。今年から年賀状を始めました。		
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	新築の為、共有空間も広く、家具も一新、オールバリアフリー、車椅子対応トイレも2つあり、各トイレにはシャワーも付き、便汚染等でも、トイレにてある程度のことではできるようになっている。各部屋冷暖房完備、作りも住宅のように落ち着いた色合いにしている。	共用空間は、食堂や居間をはさむ形で対面式キッチンとオープン型の事務室があり、見守りがしやすい造りである。ソファや大型テレビを置き、季節感のある壁飾りなど工夫し、西日等はカーテンで調整している。廊下が広く、生活リハビリに効果的である。廊下の左右に並ぶ居室の各中間地点にトイレがあり、整頓も行き届いている。	
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	共有空間では利用者の席(自分の居場所)がほぼ決まっており、また隣同士は気の合った者同士で集めている。ソファもあり、ゆったりくつろぐスペースあり。独りになりたい場合は居室にてゆっくり自分の時間を過ごせるようにしている。		
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	利用者が今まで自宅で使い慣れた、机、椅子、タンス等を持ってきてもらいこれまでの生活と変わらぬ環境ができるようにしている。部屋の飾り付け等、利用者本人やご家族様によって行っています。	居室は落ち着いた空間で、湿度計を設置して快適に過ごせる湿度への配慮がされている。利用者は、タンスや収納ボックス、机、ラジカセ、観葉植物等を持ち込み、中には空気清浄機を置いたり、風景写真や家族の写真を壁一面に飾っている居室もある。	
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	室内では車椅子や歩行器が十分通ることが出来るスペースの確保、ワンフロアなので職員が常に利用者の目の届く範囲にすることができる。トイレは真ん中の位置に作り各居室から使いやすい位置になっている。		