

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	4773200029		
法人名	社会福祉法人 立命会		
事業所名	グループホームしらゆり		
所在地	沖縄県南城市知念字久手堅275-3		
自己評価作成日	平成26年8月16日	評価結果市町村受理日	平成26年11月26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.kaikokensaku.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2014_022_kihontrue&JizvosvoCd=4773200029-00&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26年9月8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)】

・事業所は、理念である「利用者本位」「自立支援」「高齢者の尊厳」を実現しご家族、地域との結びつきを大切にしご本人が築きあげてきた「人としてこうありたい」という姿を認知症になっても実現できる支援に努めていけるよう毎日のケアに取り組んでいる。取り組みとして、近隣のスーパーへの買い物、毎月のミニデイへの参加、地域行事への参加、ご家族と一緒に外食や遠足に参加できるよう企画、支援を行い、利用者が地域の中にいるという実感が持てるよう実現に向けてご家族や社協、南城市、民生員等と協力を得連携を図っている。又、2か月に1回の運営推進会議の開催、広域連合より毎月介護相談員の受け入れをし開かれた施設を目指している。自立支援にも力を入れており、下剤や眠剤を使用せず、生活の中で緩和できるよう毎日旬の食材を使用し美味しく、バランスのとれた食事、一日に必要な水分量の摂取、毎日の近隣の散歩や、パワリハビリを取り入れ、心身共に元気に過ごしてもらるように職員一同支援しています。

【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)】

当事業所は開設13年が経過し、職員による理念の共通理解を目指して理念が見直されている。理念の実現に向けては「行動、支援方法」を作成して職員に熟知させ、日々のケアに取り組んでいる。事業所は自治会や行政、社協などと連携して、地域のミニデイや行事に参加し、日常的に地域のスーパーで買い物するなど、利用者と一緒に地域に出て行くことで、利用者の馴染みの関係性の継続を図っている。また地域における認知症の啓蒙にも努めている。介護計画には水分、食事、排泄、運動などの基本ケアの他に「本人らしく過ごす」ことを位置付け、認知症になってもその人らしい暮らしが継続できる支援に繋げている。更に今年は、全国老人福祉施設職員研究会主催の「認知症ケア事例発表会」において事業所の取り組みが高く評価され、最優秀賞を受賞している。

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 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 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	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、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26年11月10日

自己	外部	項目	自己評価	外部評価
			実践状況	実践状況
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	理念は職員と作り、理念を名札にして胸に着用している。ケアの中でぶれそうなときはこの理念を思い出し、自分の現在地に戻る。ケアカンファレンスでの理念の共有、確認し実践の意識付けを行っている。	「地域の中でその人らしい暮らしの支援」を掲げた理念は、昨年、見直されている。理念の実現に向けて、「行動、支援方法」を作成し、職員に熟知させている。理念は職員がいつでも目で確認して共有できるように掲示され、名札にも入れて実践に繋げている。
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	毎月各字のミニデイへ参加し地域の方と交流会を行っています。カラオケ、踊り、レクリエーションを通して交流を深めています。又施設にもお招きし入居者と一緒に作ったタコライスを提供し「おいしい！」と好評でした。水分の取り組みの紹介で管理栄養士が作った寒天ゼリー「ワイン味」等を試食してもらいこちらも好評でした。	利用者はミニデイやハーリーなどの地域行事に毎月全員で参加し、ボランティアの受け入れ時や買い物などで住民と交流している。事業所は、利用者が地域に出て行くことを通して認知症の啓蒙に繋がるよう努めている。今年から市主催の地域清掃にも参加している。
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	地域へ出かけたときに認知症になっても地域で暮らす事の大切さを伝え理解を深めてもらっている。認知症を予防するために施設でも取り組んでいる「水、飯、クソ、運動」についての取り組みを紹介し施設で提供している水分が取りにくい方でも摂取しやすい「食べる水分、寒天ゼリー」を試食して頂いてもらい理解を深めて頂いています。	/
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	年6回開催し、入居者様の状況、行事、取り組み等について詳細に報告している。入居者も毎回参加しており、役所や地域方等と毎回楽しく談笑している姿が見られます。	運営推進会議は年6回開催しているが、1回は行政の担当者が欠席している。前年度外部評価の課題が改善され、地域代表が参加し、議事録も整備して各委員へ配布している。会議では、地域やボランティアの情報などが得られ、日常の活動に反映させている。
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	広域連合より介護相談員の方が毎月訪問に来られ、入居者の思いや希望を聞かれている。入居者の方が普段職員には話さない話の中で「ここはとても安心して暮らしやすい」と言っていたことを聞くことができ職員へのケアに対するモチベーションに繋がった。第三者の相談員からの言葉は職員のケア改善にも繋がっている。	電話や窓口を通して、行政担当者に利用者の状況や事業所の抱える困難事例等を相談し、解決に向けて助言を受けている。不発弾処理の際の避難対応に市の支援を得ることができ、市のほうからは災害発生時の地域高齢者受け入れの指定を受けて、協力関係を築いている。
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「介護保険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	事業所の玄関や窓は施錠せず自由に出入りができるようになっています。外出したい方には、声をかけ一緒に近隣を散歩しています。転倒の危険性が強い方に関しては就寝時のみご家族等の同意を得てセンサー設置を行っている。	身体拘束をしない方針を掲げ、マニュアルが整備され、虐待防止・権利擁護についても伝達講習を実施している。玄関は施錠せず、契約時に家族にリスクなどの説明をしている。転倒予防のための就寝時のセンサー使用は、介護計画に位置付けて家族に説明し、実施している。

沖縄県（グループホームしらゆり）

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	権利擁護、虐待防止、リスクマネジメント研修へ毎回職員を変えて派遣している。事業所では研修内容を再度伝達研修を開き職員一同で共有している。研修への機会を設けた事で職員の意識が向上し待遇が改善されてきている。		
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	権利擁護、虐待防止、リスクマネジメント研修へ毎回職員を変えて派遣している。事業所では研修内容を再度伝達研修を開き職員一同で共有している。研修への機会を設けた事で職員の意識が向上し待遇が改善されてきている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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	重要事項、契約書の説明を分かりやすく話せるように努めている。大事な部分は繰り返し話したりと理解、納得してもらえているようにしている。		
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	事業所の玄関に意見箱を設置している。苦情に関しては、ホームでの様子等日々の小さなことでも必ずご家族へお伝えするように努めている。	利用者の要望は日頃の会話で聞いており、介護相談員からも情報を得ている。家族からは行事や面会時、電話などで聞いている。家族からの退所に関わる苦情は法人の苦情解決委員会に引き継ぎ、対応している。車イス対応が困難な利用者の家族から外出支援の要望があり、法人車両での職員による送迎を行い、家政婦の紹介などの対応もしている。	
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	法人の代表者は、職員環境、入居者の事等いつも真摯に受け止め叱咤激励して下さる。困難事例に関して相談に乗ってもらい早急に現場に駆けつけてほしい時に直ぐに調整して下さり駆けつけ対応とフォローをしている。	職員の意見は、毎月の全体職員会議や年1回の法人教育担当者による面談、状況に応じた管理者の面談などを通して聞いている。職員から、シフト変更や申し送りの徹底などの業務改善やガステーブルなどの備品購入が提案され、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	毎日のコミュニケーションを意識し職員の心身の状態を観察している。いつもと違う様子がうかがえれば、判断し段階を踏んで面談を行うこともある。時には法人の代表者に相談し、面談を行ってもらい、常に職員が活気よく業務に努めているか把握できるよう努めている。		
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	職員研修へは積極的に参加している。全職員に対し研修参加の機会を設けている。研修のテーマに沿って職員が現場で内容を生かせるよう選定している。		

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
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盟している。介護者研修への参加、交流を図れるようにしている。		
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	ご家族や以前利用していた施設の職員から聞き取りをし、本人さんの細かな生活歴を聞き明確な情報収集をし本人さんの不安や混乱を軽減できるよう努めている。		
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	入居前のアセスメントの段階から詳細に生活歴や既往歴等聞き取り、入居後は安心してホームでの生活が過ごせ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	ホームでの支援状況を詳細にお伝えし様々なサービスについての支援を含めて対応できるよう支援している。		
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	役割づくり、(家事、洗濯、買い物等)本人さんがやりがいが見いだせるよう生活の中に自然に入ってもらえるよう支援している。入居者の中には一日の中で起床時が一番意識レベルが良くその時に職員は毎回恋愛相談をしてアドバイスをもらっている。		
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	面会時や祖等で気になる事があるとご家族へお伝えしている。ご家族の要望は直ぐに職員へ伝え早めに対応できるようしている。外食や遠足はご家族と一緒に参加し、本人さんの時間を一緒に共有できるようにしている。食事が全介助になってきた方の妻が手創りのお弁当を持参し一緒に居室で食事したりと本人さんと家族と過ごす時を大切にしよう支援している。		
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い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	ドライブ時は本人さんの家に立ち寄る事もある。近所のスーパーで買い物をしていると知り合いに会い談笑したりして馴染みの方と会う機会になっている。地域のミニデイへ参加し知人と会い交流している。	利用者はドライブ時に自宅を訪れている。家族の協力を得て馴染みの美容室の継続利用や地域ミニデイ参加を支援し、親族や知人の訪問も歓迎して触れ合う機会としている。利用者の地域社会での関係性は本人や家族、以前利用した事業所や地域の人の情報で把握している。	

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
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	利用者同士の相性等配慮し職員で共有し席の配置等工夫している。利用者が孤立しないよう一緒にやしの繕いや洗濯量みをして関わり合いを持てるようにしている。		
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	入院中は面会へ伺ったりご家族と連絡を取り合ったりしています。退所先の施設や病院等とも情報を共有し支援している。		
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	入居前のアセスメントの段階から詳細に生活歴や既往歴等聞き取り、入居後は安心してホームでの生活が過ごせるように努めている。	利用者の意向は、アセスメントとして日々の会話から「できること・やりたいこと」などを把握し、「本人らしく過ごす」ことを介護計画に位置付け支援している。把握が困難な場合は、家族からの情報や記録、利用者の表情や言動の観察を通して、職員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	入居前、入居後の生活の中で状況を見ながら本人、ご家族、地域の方、事業所の職員等より聞き取りをしている。本人様の今置かれてい状況を観察しその都度職員と申し送り、カンファレンス等で共有を図っている。		
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	毎日のバイタル観察、心身の状態の把握に努め、異常の兆候の早期発見に努めている。そ勤務交代時は必ず申し送りし情報共有している。訪問診療、訪問歯科、主治医と連携を図り連絡を密に行っている。		
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	毎月実施しているケース会議の開催、アセスメント、サービス計画書、モニタリングを実施し本人、ご家族の意向を尊重したケアプラン作成に努め、職員や関係者と連携を図っている。	担当者会議に本人と家族、介護職員が参加している。食事や排泄、運動や役割などについてのそれぞれの意向が介護計画に反映されている。毎月職員会議で実施状況を確認し、3カ月毎にモニタリングが実施され、計画は更新時や状況変化に応じて、随時見直されている。	
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	申し送り簿、ケース記録に日々の利用者の状態を記録している。短期目標が周知しやすいよう、毎月個別ケア表を作成し、達成したか毎日記録している。申し送りは前日のものからさかのぼり、細かく申し送りしている。		

沖縄県 (グループホームしらゆり)

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	本人の好きな食べ物、飲み物、おやつ、芝居、歌等を配慮して対応している。さしみが食べたい利用者に希望に応じ提供しとても喜ばれた。民謡芝居もリクエストに応じその時見たいもの、歌いたい曲を提供している。意思疎通が困難な方に対しご家族から聞き取り協力頂いている。		
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	近隣を散歩しせーふあの資料館に行くこともある。買い物は近所のスーパーへ週2回行き利用者も買い物へ同行している。又社協や民生員協力の元毎月ミニデイへ全員参加し歌や踊り、レクリエーション通し地域とのつながりを深めている。		
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	かかりつけ医は今までかかっていた病院、ホームの訪問診療等ご家族の希望に沿っている。入院中はこまめに足を運び主治医やナース、相談員、ご家族と状況を確認しながらなるべく早い退院ができるよう支援している。受診時は職員が付き添うこともあり、必要に応じ受診連絡票で経過を主治医に伝える事もある。	受診は8人が希望して協力医による訪問診療を利用し、訪問歯科を全員が受診している。これまでのかかりつけ医や他科の受診は家族対応であるが、車イス使用の利用者には送迎などを支援している。受診時は家族や担当医に情報を提供し、受診結果は家族から口頭で得ている。	
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	必要時は母体特養ナースと応援体制を整えています。日々のバイタル観察、心身、睡眠の状況の変化を申し送りし迅速な対応を心掛けています。かかりつけ医、ご家族へ連絡し早期の受診を支援している。		
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。	入院中は面会へ伺ったりご家族と連絡を取り合ったりしています。担当の相談員と情報交換し入院時の支援、早めの退院に向けて関わりをもつようになっている。		
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、事業所です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	重度化した場合は主治医やご家族へ早い段階で相談、支援し今後の方向性について話し合う場を設けている。希望する福祉施設、病院等の紹介、支援をしている。	重度化した場合の対応として、「医療行為が生じた場合は施設や医療機関を紹介する」ことを契約時に家族に説明している。また担当者会議でも利用者や家族の意向などを確認している。事業所としては、終末期ケアは行なわない方針であるが、明文化はされていない。	利用者や家族が安心して、納得できる重度化や終末期を迎えられるよう、事業所の現状に即した方針の作成が望まれる。
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	年に2回全職員が参加できるよう交代で法人の救急法研修へ参加している。AEDの使い方人口呼吸、心臓マッサージ等行っている、又転倒した際の対応等も実技で行っている。		

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
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	スプリンクラー消火器、火災探知機の設置済み。定期的に消防設備の検査実施している。台風時は自家発電機を設置し、停電に備えている。災害用に水、非常食、コンロ等を準備している。	法人施設合同で、消防署と連携して昼間想定 の総合訓練と夜間想定 の避難訓練、他に自主訓練も実施している。訓練に法人の警備員が参加しているが、地域住民の参加は得られていない。防災設備や備蓄は整備しているが、マニュアルに台風と水害時の対策が含まれていない。	火災や地震だけでなく、あらゆる災害を想定した対応マニュアルの整備と、災害発生に向けた地域住民との協力体制の構築が望まれる。
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	時々、職員のケア中の声が大きく、特にトイレ誘導時や申し送り等に見られていたので話し合い、申し送り中は利用者の名前をインシヤルで示すようにしている。	理念に「利用者の尊厳や利用者本位の支援」を掲げ、職員間で共有している。プライバシーの保護について、申し送りの際の会話などで利用者が特定できないよう配慮している。利用者が同じことを繰り返す場合も否定せず受け止め、利用者の人格を尊重したケアに努めている。	
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	見たいテレビは芝居、聞きたい音楽、食べたいもの、散歩に行きたいや、家事をしたい等本人の希望を可能な限りかなえられるように支援している。意思疎通困難な方に関しても話しかけ表情やしぐさ、ご家族からの情報等努めている。		
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	一人一人のペースを保てるよう支援している。お昼寝をしたい方、自由に自室へ行くことができるようにしています。皆が集まる食堂で過ごしたい方がほとんどです。		
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	毎朝食堂で鏡を見て口紅を塗ってもらう。すると周りの女性も私も塗りたいとおしゃれに関心が出てきた。本人さんの好みの洋服を選び、帽子をかぶったり首にタオルを巻くなど今まで築いてきた自分のスタイルを維持できるよう支援しています。月1回はいから美容室さんが訪問しカットや白髪染め希望者に支援している。		
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	近所のスーパーで食材を購入している。管理栄養士の献立に沿って調理し季節の行事、旬の食材を使用している。メニューの豊富。時々JEFへ行ってハンバーガーを食べる。つめこみがある方には小分けし提供。手の震動がある方にはスプーン等で食べてもらったり、一人一人状態を見て食事提供している。食事中はテレビを消してBGMも工夫している。	食事は、法人栄養士の献立に利用者の好みや旬の食材を反映させて事業所で調理している。朝はパン食が多いが、和食の希望にも応じている。利用者は、野菜や調味料などの買い物やおしぼり配り、味見などそれぞれの役割を担っている。職員も一緒に同じ食事を摂っている。	
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	摂取状況は毎日記録し毎月体重測定を行っている。嚥下が難しくなってきた方には毎食前、首、肩、顔職員がマッサージしている。水分量は毎回回リ一日1500CC以上摂取目標している。10時ジャーにはコーヒーを沸かして飲んでいる。飲み物はレモンティーポカリ、ジュース、、牛乳、寒天ゼリー等あきのこない内容を支援している。		

沖縄県（グループホームしらゆり）

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	毎食後口腔ケア実施している。古も洗うようにしている。口腔ケア後にガーゼでふき取る利用者もいる。訪問歯科を利用し義歯の作成や治療をおこなっている。定期的に衛生士さんより口腔内の状態、口腔ケアの仕方を教わっている。		
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	トイレでの排泄誘導を基本とし日中は綿パンツにしている。排泄パターンを把握し記録している。夜間帯は睡眠が妨げられる方に関してはリハビリパンツで対応し、睡眠を優先にしている。	利用者は日中は綿パンツで過ごさせ、時間を決めてトイレでの排泄を支援している。同性介助が困難な場合は利用者へ説明し、家族にも契約時や担当者会議で承諾を得ている。失敗時は、自尊心を傷付けないように声かけし、トイレでの着替えや入浴に繋げて支援している。	
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	水分量の増加、運動の支援、寒天ゼリー、オリゴ糖の提供の支援をしている。お米にオクノス食物繊維を入れている。排便がマイナス4日間目の方に関してはセンナ茶を提供している。下剤を服用しないよう支援している。		
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	その人に安心できる声掛け、誘導の工夫をおこなっている。同性介助を基本としている。	入浴は、週3回午後の支援を基本としているが、外出の予定や希望に沿って柔軟に対応している。入浴拒否の場合は、「家族が来る」など、声かけを工夫して対応している。浴室ドアを開けた時に、中が見えないようにカーテンを設置し、プライバシーの保護への配慮がなされている。	
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	眠剤は使用せず、日中の活動量（散歩、パワリハ等）水分量の安定、排便の状況を支援し不眠の緩和を支援している。眠れない時は職員がお茶を提供してお話ししたり一緒に巡視を回ったりと本人の気持ちが安心できるよう対応している。		
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	処方箋はファイルに保管している。服薬は1週間分セットし1包化している。服薬の変更時は副作用の注意等寒勤務で申し送りし共有している。服用に関しては飲み込むまで確認、空けた袋はおいたままにしない等誤薬がないように確認している。		
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	毎日の近隣散歩、ドライブや買い物支援、地域交流会や季節の行事等毎日のリフレッシュになるよう支援している。		

沖縄県（グループホームしらゆり）

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	散歩では自然の中で一緒に花を摘んだり景色を見たり楽しんでる。ドライブ、毎月の地域交流会、毎週の買い物等可能な限りの支援を行っている。	全利用者が毎朝近隣を散歩し、毎週ドライブに出かけ、月1回は遠出を楽しんでいる。地域のミニデイや行事、買い物などへも出かけている。個別支援として、2カ月に1回の外食、嗜好品の買い物などの支援が行われている。	
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	今現在金銭管理が難しくなり所持されている方はいません。		
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している	ご家族へ年賀状を出している。ご家族からも年賀状が来る方もいる。利用者さんが希望に応じてご家族とTELで話せるようしている。		
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	車いすや歩行器等は指定の場所に置くようにし利用者さんの移動がしやすいようにしている。利用者さんがくつろぎやすい様に廊下や食堂にソファを設置している。トイレや浴室にはわかりやすいよう表示している。自分の部屋が分かりやすい様に居室前には名前を表示している。	食卓に散歩時に摘んだ花が活けられ、事業所内に利用者の作品も飾られている。食堂から出入りできるデッキに椅子が置かれ、外気浴やコーヒータ임을楽しめるスペースがある。浴室や洗面所への長い廊下の往復は生活リハビリに位置づけ、分かり易いように場所の表示をしている。	
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	食堂や廊下にはソファを設置し好きな時に座って利用者同士が談笑している。テーブルには雑誌や絵本、新聞を置いて好きな時に読んでもらえるようにしている。		
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	契約時にご家族へ本人さんが使用していた物品があれば部屋に持ち込むよう依頼している。加湿器を設置している居室もあり、冬場は空気清浄器を食堂へ設置している。	居室にはベッドやタンス、籐椅子などが備え付けられ、利用者は目ざまし時計やテレビ、鏡台などを持ち込んでいる。夜間用ライトも白色系や暖色系と希望に応じている。春先や年末には、家族の協力を得て大掃除を行い、タンスの中の衣替えも実施されている。	
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	姿勢に傾きが出る方にはクッション等をセットして姿勢が保持しやすいようにしている。ティッシュや紙等目の前にあると混乱が見られる方に対しては置かないように配慮している。歩行器は2種類準備し状態に合わせて歩行している。		