

### 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	4770800037		
法人名	有限会社奏和		
事業所名	グループホーム あいあい		
所在地	沖縄県浦添市城間一丁目2-12番地		
自己評価作成日	平成25年7月5日	評価結果市町村受理日	平成25年10月4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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail">http://www.kaigokensaku.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail</a>
----------	---

**【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25年7月29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)】**

認知症があっても、その人らしく、安心して暮らす事を大切にしています。日々の暮らしの場でありますので、理念にある「安心」「喜び」「自信」、が持てる生活を実感して頂けるよう取り組んでいます。週に2回程度、ドライブも週に2回程度行われ、ホームに閉じこもらない、社会の一員として暮らせる実感を持てるようにしています。これまでの生活背景を大切にしながらも、新しい事への挑戦や楽しみも大切にしています。今までこれは苦手だった、あまり好きじゃなかった事でも、無理強いすることはせず、やんわりと、「やってみませんか?」と声かけをしています。認知症であっても何も出来ないわけではないからです

**【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)】**

理念には「共に支え合い心より深い」「自分らしく幸せに暮らす」という柱もあり、職員は理念に沿ったケアに取り組んでいる。医療連携体制が確立され、利用者や家族の安心・安全につながっている。全職員で自己評価に取り組み、調査免除の昨年度も自己評価を実施し、職員は自己評価を通して気づきが得られ、利用者のケアや業務の改善に繋げることができている。介護計画はモニタリングを職員と共に関わることで個別計画が作成され、介護記録も計画に基づいた個別の様式で記録されている。管理者は市の地域密着型サービス連絡会の準備や、「歩き回り高齢者(認知症徘徊)見守り隊(仮称)」の立ち上げに積極的に関わり、認知症ケアについて地域での講演等も行っている。近隣の小中学校に認知症講演会の実施を呼びかけている。

**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

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
<b>I 理念に基づく運営</b>					
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、入居者が歌にしてくれた。覚えてもらっている。日ごろから「困ったとき、どうしていいかわからない時は、理念に還る」とし、ケアカンファレンスで、理念の確認をしたり、職員と共有、実践できるように意識付けを行っている。	理念はケアの原点であることを管理者と職員はミーティング等で確認共有しながら支援している。毎年運営推進会議で理念が説明されている。理念を曲に合わせて歌っている利用者があり、運営推進会議で歌うこともある。	
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	自治会に加入し、イベント、交流会に入居者と共に参加したり、地域の方からの、ホーム見学を受け入れたりしている。ホームのゴミ捨て時に、近所を散歩したり、ムーチーの時は入居者と共に作り、ご近所に配っている。	自治会行事や地域交流会等に利用者も参加し、チャリティーフリーマーケットでポーポーやしおり等を販売するなど地域行事にも参加している。ミニ新聞や避難訓練の案内等を近隣に配布している。認知症対応の事業所であることを知った地域の人が見学に訪れた事もあり、地域の事業所として認められた実績が出て来た。	
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	高校や、専門学校、求職者支援制度校の、介護実習生受け入れや、地域の方から認知症ケアの相談があり、ホームに来ていただいて、ケアの様子を見て頂いたり、具体的ななかかわり方をお話したり、テレビ番組のDVDを差し上げたりした。		
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、浦添のCSWから地域交流会の情報や、イベント参加の提案を受けバザーを実行したり、地域の情報を教えてもらい、入居者と見学祭りへの参加等につながった。非常災害対策では、一次避難先である小学校、二次避難先への情報、協力の打診を行ってくれた。	運営推進会議は利用者や家族、市職員、地域代表等が参加して年6回開催され、利用者の状況や事故等も報告されている。意見・情報交換を通して委員から地域交流の提案等があり、利用者が地域のイベント等に参加している。	
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	浦添市5か所の事業所の管理者で連絡会を作り、その会議の問題点や逆に行政からの連絡事項等のやりとりを行い協力関係を築くようにしている。	管理者が関わっている市グループホーム連絡会に市職員も参加し、行政との協力関係が築かれている。管理者は市の地域密着型サービス連絡会や「歩き回り高齢者（認知症徘徊）見守り隊（仮称）」の立ち上げ準備にも積極的に関わっており、行政も応援している。	
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	ミーティングで、勉強会を行なったり、日々のケアで気になることがあると、これは身体拘束に触れるのか？職員自ら考える、気づく機会を設けている。センサーを設置している入居者に関しては、立ち上がりを禁止せず、本人の意向に沿うよう指導、家族からはセンサーの同意書を得ている	年2回、ミーティングで身体拘束をしないケアの勉強会を実施している。管理者は「ケアの中で気になる行為が身体拘束になるのか」を職員自身が考え、気づけるように職員と日常的に話合っている。拘束をしないケアのリスクについては契約時に家族に説明している。	

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
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	職員には、虐待防止の資料配布、勉強会、事例検討会を事業所で行っている。事例検討会では、自らのケアを振り返って虐待防止の意識を高めるように努めている。		
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	年に1度ミーティングで勉強会をしている。沖縄県グループホーム連絡会が開催する権利擁護勉強会に職員を参加させている。		
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	重要事項は必ず口頭で説明し、契約書の大切な事項も口頭で丁寧に説明するようにしている。料金改訂や、加算等が生じ、負担が発生する場合、個別に説明、同意を得るようにしている。		
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	入居者や家族が外部に向けて要望や苦情等について話す機会は、運営推進会議の中で行っている。管理者や職員に向けては、家族に無記名の満足度アンケートを実施したり、面会時に家族に「気になる事はありませんか」等、意見、要望を聞くようにし、可能な限り要望に応えるようにしている。	利用者の意見は直接聞いたり、運営推進会議で聞いたりしている。家族からは面会時に聞いているが、今年4月に満足度アンケートを実施した。市グループホーム連絡会のカラオケ大会参加時に「カラオケがあったらいいね」の利用者の声でカラオケ機器を購入している。	
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	ミーティング時に、「職員からの意見、要望、提案」の時間を設けたり、書式にて自由に記入してもらっている。管理者から代表者に報告し、職員の意見の反映を行なっている。日常生活上の業務(洗濯、掃除等)については、職員の要望、やり易さを重視し、基本的に職員間で決めさせている	毎日のミーティング時に職員の意見を聞いており、職員の提案で車椅子の利用者も一緒にドライブを実施している。介護記録等の様式の検討に職員も関わっていて、職員は「毎日新しい発見があって楽しい」と話した。	
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	代表者は、管理者、主任の意見を真摯に受け止め、現場の環境が向上するよう改善もしてくれる。今回は休憩時間の配慮や、職員の待遇改善を行ってくれた。		
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	新人の現場教育は主任、副主任が指導、教育し、管理者は、日々の感想、困り事を聞くようにしている。その他、沖縄県グループホーム連絡会の研修や外部研修会に参加出来るように努めている。		

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
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	代表者は、管理者が浦添市グループホーム連絡会の立ち上げ、その参加に協力したり、県のグループホーム連絡会の会合に参加させている。管理者は、市内のグループホーム事業所との合同イベントを企画、実行し職員間の交流、サービス向上に努めている。		
<b>Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	本人は勿論、家族や以前利用していた介護施設の職員から情報を得たり、現在の様子を見て、困っている事、不安を見極め、安心、混乱しないよう、早期に馴染んで頂くよう努めている。		
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	見学、相談の際、ご家族からしっかりとお話を聴くようにしている。まずは、ホームの利用を前提にせず、困っていること、ニーズを管理者がしっかりと理解し、ホームの利用のニーズが無くても、情報提供、困ったらまた連絡下さいと伝えるようにしている。		
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	契約や、利用の意向の場合、御家族、利用者本人は、ホームで過ごす時間を設け、状況によっては、昼間ホームで過ごし、夜間は自宅に帰るなど、安心、納得できるよう支援している。他のサービスが適切なら、その旨も伝えている。		
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	家事・炊事や買い物で、役割や、出来る力を発揮して頂く場面を日常的につくったり、介護者から入居者に、現場の事や、人生の悩み事、男性職員は料理の作り方を習っている。入居者から肩をもんでもらう事もある。		
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	職員が気になる点は家族に伝えたり、家族からも要望や意見を聞いて、共に本人を支えるようにしている。家族にも食事介助をお願いしたり、家族と買い物にでかけたり、妹さんと散歩に出かけたりしている。		
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	入居の際、馴染みの人や場所の把握に努めている。入居者の住んでいた地域や、子供の家、思い出の店等に寄って、そこで会話してもらったりしている。入居者の以前住んでいた地域の自治会の会合に出て、知り合いに会えるよう支援している。	地域での関係性は、利用開始時にセンター方式シートを家族に記入してもらっている。さらに面会時や友人・知人からも聞いて把握に努めている。馴染みの場所を訪問したり、住んでいた地域の自治会行事参加を支援し、利用者・知人に喜ばれたことがある。	

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、仲の善し悪しの情報を全職員が共有している。孤立しがちな方には、入居者に話し相手をお願いしたり、食事の際隣の方にお茶や配膳をお願いしたり、皆で洗濯物をたたんだり等、利用者同士のかかわりを持つ場面を作っている。		
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	退去間もなくは、様子を見に行き、ケアの様子で感じた点を、相手の責任者、介護者に伝えたり、家族からの相談があれば聞いて、出来る範囲の支援をしている。		
<b>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</b>					
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	入居時、家族にセンター方式シートを渡し、記入して頂いて、一人ひとりの思いの把握に努めている。思いを表出できない入居者は、表情やしぐさ、介護者のかかわりの、その後の様子(不眠やイライラ感)等から気持ちを推察、理解するよう職員間で話し合い支援方法を検討している。	利用者の思いは直接聞き、友人・知人から聞くこともある。ミーティングやモニタリング時に職員で話し合い、担当者会議で検討してプランに反映させている。把握が困難な利用者の思いは日々のケアにおいて仕草等でも判断して支援している。	
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	入居時に、センター方式の用紙を用いて把握するようにしている。家族からの情報が困難な場合内容により、キーパーソン以外(友人、知人)の方からも聞くように努めている。また、入居時だけでなくケアプランの担当者会議でも把握に努めている。		
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	入居時にセンター方式で確認したり、出来る力は、介護日誌やミーティング等でその把握に努め、生活の場面で発揮できるよう支援に努めている。また、情報のみでなく、実際の生活で職員が見守り手伝いながら家事、炊事、手工芸を実践してもらいながら把握に努めている。		
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	モニタリングは、職員と共に行っており、課題や問題点があれば、家族に報告相談し、必要であればケアプランを変更している。主治医には、月に2回の訪問診療時にケアプランの相談、意見を聞いており、その用紙を渡している。	ケアプランに沿って毎月職員と一緒にモニタリングし、担当者会議に利用者や家族も参加している。介護計画は把握した個別ニーズに長期・短期目標を設定して支援内容毎に担当者や頻度、期間を記載しており、認定更新時だけでなく随時の見直しもしている。	
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	介護記録用紙を工夫し、ケアプランに関する実践状況の記録や健康面でのチェック表等、各記録、回覧等を通じ職員間で情報共有し、その都度や、モニタリング時にケアプランの見直しに活かしている。		

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
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	ご家族の都合によっては、ホームで病院送迎、付添い、お盆など自宅への送迎、訪問理美容の手配、祝い事のホームの場所の提供を行っている。希望すれば、本人の居室で泊まる事も出来る。		
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	他の事業所の管理者、ケアマネジャー等同じ福祉関係者から情報を得たり、得られるよう人的ネットワークを作るよう努め、浦添CSWから地域交流会の情報を得て、入居者の楽しみ、安全に繋がっている。		
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	契約時、これまでのかかりつけ医の利用可能、その支援と、ホームのかかりつけ医も紹介し、御家族に希望を聞き、選択できるように支援している。	本人や家族と相談の上、全員が協力医の月2回の訪問診療を受けている。管理者は受診前に職員から聞いて情報提供書を作成している。他科受診は基本的に家族対応であるが、職員の同行時は家族に電話等で受診結果を報告している。	
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	医療連携加算により、訪問看護は受けている。週1回の訪問看護時に心配な点は報告、意見を聞いたり、電話で相談している。その内容を、管理者から主治医に報告指示を仰いだり受診に繋がっている。		
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。	管理者は、入院先の担当相談員と定期的に情報交換し、面会し、入院時の支援、早期退院に向けてかわりを持っている。協力医療機関の相談員とは、利用者の受診時に挨拶に行ったりしている。		
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	契約時には、事業所の重度化や終末期の方針を説明している。しかし、本人、家族の意向は早期には成されず、ある程度入居期間が経過したり、状態や状況の変化により説明や話し合いを行っている。また、主治医は看取りに理解があり、協力を約束している。	重度化した場合の対応や看取りケアに関する指針、医療連携同意書が準備され、利用開始時に事業所の方針を説明している。看護師や医師の夜間対応も約束され、現在終末期の利用者がいる。状態変化時は家族や職員と話し合いが行われている。	
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	全ての職員が定期的とは言えない。消防署での救急講習を受けたり、ミーティングで心臓マッサージ、喉が詰まったときなどの訓練は行っているが、パート職員、訓練時の不参加者の訓練までに至っていない。		

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	近所の方の協力を得て避難訓練を行った。ホーム内はスプリンクラーや緊急通報装置、火災報知機等の防災機器を設置しその操作も全員出来るよう訓練している。非常食も備え、台風、停電時、蓄電池や非常照明を備えている。カセットコンロ等の備品も準備している。	消防署と連携して年2回の訓練が行われている。1回は消防署・住民立ち会いで夜間想定訓練を実施し、2回目は昼間設定で避難すべり台からの避難訓練が実施されている。スプリンクラーや緊急通報装置が設置され備蓄もあるが、訓練への住民参加は1人である。	利用者の安心・安全の確保のためにも、再度地域住民に訓練への参加を呼びかけ、さらなる協力体制を築くことを期待したい。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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、トイレ誘導の声が周りに聞こえたり、親愛感と馴れ馴れしさの混同がある事も見られる。本人の気持ちより職員の自分の思いでかかわったり、本当にその声掛け、対応は本人を尊重したものであるのか、よく分かっていない場面が時折みられる。	管理者は気になるケアを職員同士で考え利用者の気持ちでケアして欲しいと話している。契約書に明記されている「利用者の権利」についても職員で確認し、選挙の時は投票の声掛けもしている。個人情報については研修等での写真・映像の使用についても同意を得ている。	
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	食べたいものを献立に入れる、見たいテレビを聞いて見て頂く、着たい、好きな服の支援をしている。それが難しい場合でも、必ず、話しかけ、気持ちを聞く、表情に注意し、本当の気持ちを探るよう努めている。		
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	急かしたりする事はありません。起床、就寝は一律で決めるのではなく、生活リズムは大切にする上で、朝寝坊よし、夜ふかしよしとしている。その日したい事があれば、叶えるよう努めてはいるが、応えきれない事もある。入浴は希望を叶えるようにしているが出来ない事もある。		
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	自分の着たい服を選んでもらったり、朝の着替えをする、どれを着るかは、本人に任せている。その希望を聞くのが困難な場合は、家族からの情報、希望で、叶えるように支援している。服の乱れ、汚れに気づくのが遅い事もある		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	その日の状況などで、食事の形態を配慮している。手伝いの可能な方には、したい事、出来る範囲で無理強いする事無く手伝ってもらっている。食事の買い物に出かけたり、盛り付け、色合いも配慮するようにしている。本人の好物、お菓子は、必ずしも刻みや細かくすること無く、そのままの形で食べてもらう事もある。	朝食は配食利用で、主食と汁物は事業所で作っている。昼食と夕食は利用者と職員が栄養や彩りを考えて献立を作成し、買出しも一緒に出掛けている。利用者は各自体調等に合わせた調理の下ごしらえや片付けに参加し、職員も一緒に同じものを食べている。	
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	食事、水分摂取量を毎食記録して、摂取量が少ない場合の支援、医療面では医師に報告し、適切な対応の確認、必要な栄養補助剤の支援を行っている。献立作成時に、材料を明記し、バランスのチェックを行なっている。		

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
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	特に夕食後は、義歯清掃、うがい、難しい方は口腔ティッシュを用いているが、個別に方法を配慮している。自らケアが出来ない方には職員が行なっている。必要に応じ訪問歯科による口腔チェック、ケアを行なっている。義歯は毎日チェックして、義歯洗浄剤を使用している。		
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	トイレでの排泄を大切にしている。一人一人の排泄のサインを把握し、トイレに誘導している。夜間のみりハパンにしたり、排泄チェック表を活用し、入居者個別にトイレでの排泄を誘導している。失敗時にはさりげなく声かけしている。	利用者の排泄パターンを把握して、昼は全員トイレ誘導で夜間もできるだけトイレへ誘導している。落ち着かない様子が見られた時や失敗時等は、「手を洗いに行きましょう」と本人の羞恥心に配慮しながらやんわりと支援している。ウォッシュレットを使用し清潔保持に努めている。	
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	牛乳やヨーグルト、食物繊維の食材を増やすなどして、なるべく下剤に頼らない、少なく使用するように努めている。便秘日数に応じて量を調整している。		
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	一人一人の時間の希望やタイミングで入浴は出来ていない。入浴の拒否や抵抗があった場合、無理強いしていない。その人にとって安心できる声掛け、誘導を行っている。	午後の入浴となっているが「今は入りたくない」等の利用者の声には時間をずらしたりして、納得してから入浴してもらっている。同性介助できない場合は、利用者に確認してタオルをかける等の配慮をしている。更衣室は夏は扇風機、冬はヒーターで対応している。	
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	体調、表情に気を付け、必要に応じてベッドで休んでもらう等の支援を行っている。夜、一律に部屋に寝かせる事はしていない。夜間は部屋のドアを閉めるか開けるか、どのような姿勢が安心するかまで要望を聞いて支援している。		
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	処方箋の薬の情報書は、薬ファイルにまとめ、効能、副作用を確認できるようにしている。薬の副作用と思われる場合は主治医に報告している。		
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	入居時に、家族から情報を得ている。入居者の出来る事、したい事を見極めそれに応じた支援を行っている。カラオケの機械を購入したり、洗濯物たたみ、歌を唄う、コーラを飲む、おやつホットケーキを作ってもらう等支援している。テレビで琉球舞踊を見ながら入居者と手踊りで楽しむ		

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	週に数回は、希望者と買い物に出かける。毎週2回はドライブに出かけている。琉球舞踊の鑑賞や民謡のコンサート等に出かけたり、家族が買い物に連れだしたりしています。地域交流会に他の介護施設にも参加している。	週2回ドライブに出かけ、朝はゴミ出しや散歩をする利用者もいる。デイサービスの地域交流会等に出掛けたり、職員と一緒に食材の買出しに行く利用者もいる。職員が休みの日に、職員と一緒にコンサートや民謡の発表会へ出掛けることもある。	
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	3名の利用者さんがお金を所持、又はホームの金庫に預け、使いたい時にお金を渡したり、一緒に買い物したり、買ってきて欲しいものを職員が買ってきたり、お金を持つ、使う事を大切にしています。		
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している	年賀状は出しています。利用者の求めや、様子に応じてご家族と電話で話が出来るよう支援している。基本的には本人のお部屋に子機を持って話をしてもらっている。		
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	トイレやベッドに直接日差しが入らないようにすだれをしている。本人の好みに合わせ居室にテレビを設置している。本人が好きな造花を並べている。食堂のテーブルは、入居者に合わせて高さを調整し、座りやすい、食べやすい様に心がけている。入居者の性格に合わせて、戸棚の中が見えないように配慮している。	共用スペースに置かれた椅子やソファで利用者はそれぞれにテレビを見たりしてつろいでいる。トイレはすだれで日差しが入らないように工夫され、利用者の好きな造花などで季節感を出している。ベランダには観葉植物が置かれている。	
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	ご家族には、馴染み、使い慣れた物品、装飾品があれば部屋に持ち込むよう御願している。無い、協力が得られない場合、利用者と買い物に出かけ、かわいい人形、造花、写真を飾っている。空気清浄器を置いている居室もある。	居室はベッドとタンスが準備され、使い慣れたなじみの物の持ち込みについて契約時に説明され、写真や時計等が置かれている。持ち込みの少ない利用者の居室には、職員と一緒に購入した利用者の好きな造花や手作りのカレンダー等が飾られている。	
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	右片麻痺でも自分で立てる方が、立位の時に壁に頭を打ってしまうので壁にクッションを付けている。目の前のティッシュや、袋を食べてしまう事があり、混乱を招かないよう、それらは本人の前に置かないようにしている。		