

## 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29年 1月22日	評価結果市町村受理日	平成29年 4月21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.kaijokensaku.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true_&amp;JigyosyoCd=4790100038-00&amp;PrefCd=47&amp;VersionCd=022">http://www.kaijokensaku.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true_&amp;JigyosyoCd=4790100038-00&amp;PrefCd=47&amp;VersionCd=022</a>
----------	---

## 【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・エージェンツ
所在地	沖縄県那覇市曙2丁目10-25 1F
訪問調査日	平成29年 2月22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)】

昨年同法人に訪問診療専門の診療所ができ、今年は初めてターミナルケアを行う事ができました。かなんでの充実したターミナルケアができるようになり、ご家族にもとても良いケアをしてもらえたと感謝され、職員一同新しいステップを一つ上がることができました。昨年の沖縄県グループホーム大会で発表しましたが、入口に鍵をかけないでは無く、入口を開放(開けておく)ことを初めました。ご家族や来所した方々から入口が開いているよとびっくりされましたが、利用者一人一人と向き合うことにより、開けておくことが可能になりました。建物はスプリンクラー、自動通報装置、オール電化等火災に強い施設になっています。

## 【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)】

事業所は特定医療法人の地域支援局に所属している。地域密集地に位置し、2階建ての2回にあり、1回には通所介護や小規模多機能型居宅介護事業所が併設されている。管理者は設立当初から関わり、沖縄県グループホーム協会那覇支部に参加し、市行政との連携も密に行われている。又事業所内に地域交流室があり、地域の方々が定期的に会議やサークル活動に利用しており、法人内や事業所で実施される行事のボランティアに繋がっている。日常的に家族や知人の面会があり、地域と家族との関わりが継続できるような支援が実施されている。

## 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 29年 4月 14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
<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	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。	母体である医療法人の理念を基本に地域支援局基本方針を理念としている。理念はフロアに掲示され、職員は朝礼や会議等で唱和し、職員全体で話し合うことで地域密着型サービスの意義を確認し、具体的なケアについて意見の統一を図っている。	
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	行事等では毎回100名近く集まり、またボランティアによる余興も最近は断らないといけなぐらいに参加が多くなりました。地域交流室も民生委員や三味線サークルの方々の利用も定期的な利用になり、その方々からボランティアに繋がっています。	事業所内に地域交流室があり、定期的に利用している方々が行事等のボランティアに繋がっている。地域の福祉祭りには利用者、職員ともに参加している。玄関周辺は地域の方がボランティアで草花の鉢植え等、環境整備が行われている。法人内でのキャラバンメイトに管理者や職員が参加し地域住民との交流を図っている。	
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	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。今年も石嶺中学校1年生の福祉体験として施設実習を行いました。		
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	今年、行政の方々が一新したので、改めて密な繋がりを構築していきたいです。石嶺で高齢者(徘徊)見守りの新しい取組が行われる予定なので包括や委員の方々と協力しながら協力ができればと思っています。	運営推進会議は年6回定期的に開催され、毎回市職員が参加している。事業所の現状や事故報告、行事や外部評価等の報告を行い、構成員より意見や要望、評価などが行われ、運営に反映される等、双方向的な会議となっている。議事録は玄関内で公表されているが、利用者の参加が少ない。	運営推進会議は毎回、行政や地域の方々の参加があり、双方からの情報提供により運営に反映されているが、利用者が参加できるような工夫が望まれる。
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	沖縄県グループホーム連絡会の那覇支部に参加しており、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。今年もボランティア養成講座より新しいボランティアが繋がりました。	運営推進会議に毎回行政の職員が参加しており事業所の現状を伝えている。2ヶ月に1回、県グループホーム連絡会那覇支部に管理者が参加、市職員との情報交換が行われている。制度改正に伴う研修案内もあり、窓口訪問などで報告や相談を行う等、連携を深めている。	
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。昨年GH大会でも発表しましたが、可能な限り入口ドアを開けるようにしています。ご家族等から入口が開いているが大丈夫ですかと良く言われましたが、最近では理解されて、そのことが安心に繋がっています。	事業所に身体拘束委員会があり、権利擁護や身体拘束に関する研修が実施されている。認知症の知識やケアの研修も職員全員が参加できるよう年間で計画されている。入所時に家族からの情報提供や、日頃のふれあいの中でリスクについては家族に説明し、自由な暮らしの大切さと事業所の取り組みについて、理解を得られるよう説明している。	
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	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。		

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
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	今年は居宅と合同で権利擁護についての研修会を行いました。また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。		
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。なかなか空きがない中、今年は1年半も待ってもらい、入所になった方もいます。		
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、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。毎日のご家族の訪問があり、その都度、声掛けを行い何か意見等ないか確認している。	利用者からは毎日のケアの中で意見や要望を聞き、家族からは運営推進会議や面会時、電話などで常に問いかけ、意見が出せるような雰囲気づくりに留意している。又意見箱も設置されている。意見や要望はミーティングで話し合い、対応策を記録に残して職員が共有し、支援に反映している。	
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見や提案を聞く機会を設け、反映させている	毎月のミーティングで職員の意見や提案を聞けるようにしている。またいつでも職員からの意見を聞き運営に反映できるようにしている。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。	管理者は日頃の関わりの中で、コミュニケーションを図るよう心がけ、いつでも職員の見や要望を聞くようにしている。日常的な関わりの中での気づきや、アイデアを職員用連絡ノートに記入し、ミーティングで話し合い業務の運営に繋げている。又全職員のストレスチェックも実施し、相談などもできる担当者も配置されている。	
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。介護代表者会議があり、職員がより良い環境で仕事ができるように話し合いが行われている。		
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、今年全職員が介護福祉士になりました。今後、新しいキャリアパスやeラーニング等を取り入れる為に介護代表者会議で話し合いを行っています。		
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	沖縄県グループホーム連絡会に加入し、管理者は定例会、職員も連絡会主催の研修会へ参加し他事業所職員との交流を深め情報交換を行なっている。		

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
<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	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られ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、利用者や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入所の方が多いが、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。	昔から利用している理容室へ出かけたり、誕生会に利用者の家族の来所や、「かなん歌会」でピアノを弾いて歌を歌う等、一人ひとりの生活習慣を大事にしている。地域で行われている福祉祭りや敬老会等にも参加し、馴染みの人や場との継続的な交流ができるよう努めている。	
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。		

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
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	今年は死亡終了のみで他に移動した利用者はいませんが、以前、医療的ケアで入院(胃瘻)され他施設に入所した利用者のご家族は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。		
<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	今年は初めての看取りを行い、今現在ターミナルの利用者が2名います。Drより今年最後の正月になるとの言葉があり、1人の利用者を短時間ではありますが、一時帰宅しました。寝ている時間が多い利用者ですが、自宅に戻った瞬間、目が大きく開き全てを見ているようでした。ご家族を見ると涙が出ていたので、連れて行って良かったと思いました。	日々の関わりの中で、思いや希望を聞き、奥武島へドライブに行き天ぷらを食したり、きらきらビーチや龍潭池へ出かけるなどの支援をしている。又家族や知人の訪問時に生活歴等の情報を得、畑の好きな利用者へ屋上菜園での作業を支援し、栽培した野菜を皆で食べる等一人ひとりの思いや希望に沿った支援を実施している。	
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	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。縫い物が好きな利用者には今まで同様、縫い物をしてもらっており、雑巾を縫ってもらったり、お年玉袋を縫ったりしています。		
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	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。ケアマネが看護師である為、早い段階での体調管理もできている。		
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。	3か月毎にモニタリングを実施し、担当者を中心に家族や本人の要望や情報を整理し、検討を行い、介護計画を作成している。サービス実施状況の記録や、ミーティングでの情報の中から状況の変化に対応し、職員間での共有を行い日々の実践に活用している	
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	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、共有するようにしている。受診の際は必ずも一週間のバイタル記録出し、Drに渡すようにしている。Drとのやり取りも密にできている。		
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。今年は特に訪問Drや訪看との連携が密にできている。		

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
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。認知症カフェを包括が行っているので、職員と一緒に参加している。		
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	利用者の重度化が進んでおり、訪問Drに切り替えた利用者も数人います。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進めている。受診同行や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。	かかりつけ医の継続は4人、協力医への変更が3人、訪問診療対象2人となっている。訪問診療以外の通院受診は、家族が行っている。受診時の情報提供は書面で行い、受診後には、家族から口頭で情報提供を受けている。	
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	ケアマネ変更があり、看護師資格を持っている為、今まで以上に訪問看護と連携し利用者を見ることができるようになりました。今まで通り訪看は毎週定期的に訪問をしてもらっている。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。		
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	今年初めての終末期ケアを行いました。今現在もいます。同法人のクリニック及び、訪看と連携してご家族にも満足してもらえるケアを行うことができました。Drに研修会を行ってもらい、職員の不安等に答えてもらい、実際体験して職員は自信が持てたと答えていました。	経営主体が医療法人ということで、終末期のケアについて、Drによる研修を実施し、実際に終末期ケアを経験したことにより、意識が高まっている。現在2名の方が、訪問診療を受診しており、指針の確認を行いながら、職員、家族、訪問診療・看護と連携を図って対応している。	
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	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。		
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	年二回(8月、2月)消防署の指導の元、防火訓練を行っている。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も良くなっている。昨年、熊本震災に支援に行き、避難だけでは無く、施設として何ができるか考えている。	熊本震災の応援を経験したことにより、今後は福祉避難所としての活用を検討するなど震災時の役割を意識している。災害訓練時近隣にチラシを50枚程度配布し協力を依頼した。備蓄については法人内で管理している。	

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
<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	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。	法人理念のキリスト教精神に基づいた全人ケアを心がけており、利用者への言葉使い、接遇に配慮した実践を行っている。農業経験のある利用者には指導をお願いし、屋上に菜園を作り、野菜作りを行った。	
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	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	基本、理美容においては、出来るだけ今まで通われているお店に行ってもらっている。難しい場合は職員同伴で施設近隣の理美室で散髪している。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。現在ターミナルの方のみ美容師をお願いして施設内でカットしてもらっている。		
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。盛り付けや皿洗い等、利用者ができるものは、その方に合わせて手伝ってもらっている。何か食べたいと話があった時には施設だけで対応せず、ご家族と一緒に夕食をもらい、ご家族との関係作りができるようにしている。	3食のうち昼食は、1階の小規模多機能施設で調理した料理を2階に運んで配食する。献立は、法人の栄養士が行っている。屋上菜園で野菜が収穫できた時は、料理に使用することもある。配食の際には、利用者の状況に応じて、食器準備、皿洗い等に参加している。	
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は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おり職員も水分量の把握がし易い。		
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。		

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
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。今年入所した利用者も夜間ポータブルトイレを前施設では使用していたが、かなんでは夜間トイレ誘導を行い、現在は使用していない。	排泄が自立している利用者は、6人でおむつ外しは効果的に実施されている。個々の排泄パターンの把握、情報共有に配慮し、失敗時も自尊心を損ねないよう声掛けを工夫している。	
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	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、毎日の体操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	かなんでは毎日入浴を行っています。利用者がもし入浴を拒否しても、毎日入っている、その日は入浴なしにしても問題ないようになっています。また入所前に尿路感染の多かった利用者はこちらに来て全くなかったのでご家族も喜んでいました。	毎日の入浴により、尿路感染の予防を心がけている。入浴を拒否する場合は、無理強いをしない対応を行っている。同性介護を基本としているが、勤務体制上異性介護になる場合は、本人、家族の同意を得て行っている。	
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	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。今ケアマネが看護師なので、現在は薬のセットもケアマネと訪看の両方に確認してもらい、介護でも与薬前のセット確認を行うとこで更に安全な服薬ができています。		
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	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)		
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。週刊誌を買う利用者は職員と一緒に毎週本屋さんへ外出しています。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。	週に2から3回、散歩またはドライブにでかけている。個別の買い物支援については、本屋で週刊誌の購入、スーパーでのおやつ購入等を実施している。年間を通して行事を企画し、家族の参加を促し、交流が深まるように配慮している	



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
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っています。本人の出納帳と一緒に記入しておこずかいを調整確認している方もいます。		
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	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。		
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	共有空間も広く、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。ホールには行事の写真やその時々に合わせて季節感を出している。	ベランダや屋上が設けられ、重度化により外出が困難な利用者には、外気に触れる機会が確保しやすい造りとなっている。居間・食堂は、対面キッチンやオープンな事務所が配置されており、終始目配りができる造りである。季節感に配慮した室内装飾が施されている	
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今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。	利用者の好みに合わせた居室づくりを配慮しており、カレンダーの写真や家族の写真を配置した居室や、シンプルな居室もあり、今までの生活と変わらない環境心がけている	
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	室内では車椅子や歩行器が十分通ることができるスペースの確保、ワンフロアなので職員が常に利用者の目の届く範囲にいることができる。トイレは真ん中の位置に作っており各居室から使いやすい位置になっている。		