

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	4772500056		
法人名	特定医療法人アガペ会		
事業所名	グループホームわかまつ		
所在地	沖縄県中頭郡北中城村大城418-2		
自己評価作成日	平成25年7月26日	評価結果市町村受理日	平成25年9月30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.kairokensaku.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2012_022_kani=true&JigyosvCd=4772500056-00&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25年8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)】

<ul style="list-style-type: none"> ・他事業所と連携した外出支援や事業所訪問。 ・必要時には専門職(セラピスト、歯科衛生士など)が訪問し評価を実施している。 ・自治会行事への積極的な参加や作品展示。(ムーンライトコンサート、盆踊り、スージグワァー美術館など) ・地域行事への参加。(清掃など) ・法人全体で「パーソン・センタード・ケア」の実践を目指しおり、今後法人から認知症研修室職員が週1回訪問し、ケアの相談・助言を計画しており、認知症ケアマッピングの実施も予定している。

【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)】

<p>事業所の近隣には法人の認知症専門医がいる医療機関や老人保健施設等の介護事業所があり、連携体制が整い、利用者や家族に安心感を与えている。法人全体で認知症研修に取り組み、今年度から事業所の職員は法人の認知症研修担当による週1回の訪問等で、認知症利用者の支援方法等相談やアドバイスを受ける体制となっている。職員は利用者一人ひとりを尊重した対応の実践に努めており、利用者は裁縫や書写、歌をうたったりと思ひ思いに過ごしている。昨年度自治会に加入し、介護計画書へ利用者個々に住み慣れた地域で楽しく過ごす項目のプラン作成を位置付け、利用者とともに地域行事に参加し日常的に近隣の散歩を行う等、地域との関わりに取り組んでいる事業所である。</p>

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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広がったり深まり、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、安心して暮らせている (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25年9月20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	職員の見やすい位置に掲示し、地域密着型サービスの意義付けを意識し、実践へ繋げるよう努めている。 職員手帳に理念の項目があり全職員が手帳を保持している。	法人理念とグループホームの基本方針及び目標が作成されている。理念を掲示し、職員手帳にも記載され職員会議で確認し話し合い共有されている。職員は基本方針を意識して支援をし、グループホームの目標「やさしさに包まれ笑顔で生き生きと安心できる」の実践に努めている。
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員として日常的に交流している	日々の散歩や買い物へ入居者と出かけ地域の方々や挨拶を交したりしている。 自治会へ加入する事で、行事案内を確認しながら参加ができるよう努めている。	昨年から自治会に加入し、清掃活動へ利用者も参加している。法人主催の地域交流事業へ利用者と共に参加し、地域へ事業所の紹介を行っている。地域でのコンサートやスージグァー美術館へ利用者の作品展示等行われている。地域の方が事業所を訪れる機会は少ないが、ボランティアによる年末の琉舞披露があり、散歩に出掛け地域の方とあいさつを交わしている。
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	看護、介護学生の実習受け入れも実施。見学にも対応している。地域より依頼があった際の体制を整えている。	
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	会議は2ヶ月に1回開催し、ホームの活動報告、見学、意見交換会を実施。また認知症の講演会を年1回実施。その中での意見をサービスの質向上へ繋げるようアドバイスを参考に取り組んでいる。	運営推進会議は2か月に1回開催されている。会議では外部評価結果や事業所の活動、事故等の報告を行い、意見交換が行われている。委員の意見で担当を決め年4回行事としてのドライブに出掛ける外出支援を実施している。会議への行政職員の参加は2回で、利用者の参加はない。また、9月開催の議事録が確認できなかった。
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	村の担当者、包括支援センターとの連携を深めて協力体制に努め、ホームの情報提供や地域の情報交換、相談等を行っている。村からの行事案内等を頂いたり、良好な関係を築いている。	運営推進会議以外に月1回利用者と共に役場に出向いた際に情報交換を行っている。利用者の利用状況等毎月FAXで情報提供している。村から行事案内があり、村の清掃活動へ参加している。行政とは法人全体で関わりがあり協力関係がある。
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	法人内での身体拘束に関するマニュアル、勉強会があり職員は意識してケアに取り組んでいる。日中は玄関の鍵はかけず実践している。個別ケアを中心に職員同士注意し安全、安心に暮らせるよう工夫を行っている。	身体拘束に関する法人内研修や新人のオリエンテーションで学び、職員手帳へ身体拘束に関するマニュアルも記載されている。現在センサーや鈴を使用している利用者が数名いる。法人主催の地域リスク部会での結果を職員と検討し、身体拘束を行わないケアの実践に繋げている。家族へのリスクに対する説明は必要時に担当者会議等で伝えている。

沖縄県（グループホームわかまつ）

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ざれることがないように注意を払い、防止に努めている	虐待防止に関連する研修への職員派遣、その研修を元にミーティングの中で権利擁護の話し合いをし、人権、権利について話し合いをもって。職員は入居者が安心して生活できるよう、接遇面も配慮し声かけ行うよう努めている。		
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	成年後見制度を利用しているケースが1名おり、今後制度の勉強会が必要と感じているが勉強会へは至っていない。権利擁護の研修会への職員派遣を行っている。		
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	契約時は、介護支援専門員よりご家族へ分かりやすい言葉で説明するよう心がけ、疑問や質問の場を設けている。ホームの体制等も十分に説明し納得、同意した上での契約を行っている。		
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	ご家族の意見や要望は面会時に聴取、担当者会議を3ヶ月に1回実施し、具体的なケア面の報告し、要望を取り入れケアプランに反映している。広域連合より毎月介護相談員が訪問、連携を図りながら入居者、ご家族のご意見、要望等へも対応している。	利用者からは介護相談員の訪問時や担当職員が意見を聞く機会があり「自宅に行きたい、本を読みたい」等の意見がある。家族からは面会時や担当者会議、忘年会に参加した時等となっているが、要望は日頃のケアについてが多い。毎月利用者の活動状況を写真で送付し、家族満足度アンケートで意見を引き出す取組みが行なわれている。	
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	管理者は常に職員の意見や要望を聞く機会を設け、ミーティングや個人面談(年2回)を行っている。日頃からコミュニケーションを図り意見の反映に努めている。必要時は上司へ報告、相談を行い意見の反映に努めている。	管理者は月1回の職員ミーティングや年2回の人事考課制度の個人面談の際に職員の意見や要望を聞く機会がある。また、職員からは「日頃から意見や要望が伝えやすい」との意見があり、排泄チェックや物品の購入等意見が反映されている。	
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	職員のストレスや疲労がケアへも影響するため労働条件、職場環境整備、休暇の取りやすい環境に努め、年休行使、休日希望を取り入れた勤務体制を整えている。		
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	代表者は、職員の力量に努め、法人内外の必要な研修への参加を促し実施している。人事考課制度により個々の目標設定を明確にし実施している。		

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協議会やケアマネ協議会へ加入し、ネットワークづくり、連絡会主催の勉強会への参加を画策し、サービス向上に向けた取り組みをしている。		
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	入居前後に、ご家族からの協力を得て、情報収集を行い生活状況の早期把握に努め、入居後は本人のリズムに合わせ、焦らずに徐々にアプローチしながら、精神面・身体面の状態を把握し、早期に信頼関係が築けるよう安心できる環境づくりに努めている。		
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	入居の際に、ケアマネより十分な説明と、要望・質問等の時間を設けている。入居後もご家族が声をかけやすいように笑顔で接し、ホーム側より入居者様の普段の様子や状況を伝えて要望等を伺っている。		
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	ケアプラン作成時に本人、ご家族の意見を聞き、必要としている支援内容を計画に反映している。 必要に応じて他事業所の紹介を行い、次へ不安なく繋げるよう努めている。		
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	職員は常に人生の先輩として、教えて頂く場面が持てるよう声かけの工夫を行なっている。 入居者様の得意な事を見つけ、出来る事に関しては常に感謝の気持ちを伝え、共に生活している時間を大切にしよう努めている。		
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	ご家族が参加するカンファレンスや、各行事（誕生会、家族会など）を通じ、また面会時などに現状を伝えながら、本人を支えていけるよう関係性を築いている。毎月、ご家族へは写真での活動報告書を送付している。		
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	馴染みの場所への外出支援を希望に応じて随時行なっている。以前利用していたサービス事業所への訪問や、自宅周辺へのドライブ、他事業所とも連携を取り自宅への訪問など、馴染みの場所との関係性が途切れないよう援助を行なっている。	ふるさとの海を眺めに出掛け、勤めていた小学校や自宅周辺へのドライブに出掛けたりしている。また、以前利用していたデイケアへ職員と共に出かける等し馴染みの人や場所の関係継続支援に努めている。馴染みの関係把握は以前利用していた施設等や家族からとなっている。	

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
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	個々の性格や関係性に配慮し、席の配置や職員が間に入り声かけする事で孤立感を防ぐ配慮を行なっている。体操、日常の会話、歌会などを通じて利用者同士の関わり合いを支援している。		
22		○関係を断ち切らない取り組み 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	入院等によりサービスを終了した場合等、ご家族からの再入居希望など相談や支援を実施、いつでも相談できる体制に努めている。退去後もご家族からの差し入れ等があり関係性を大切にしている。		
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	日々のケアの中で本人の希望や意向、要望等をアセスメントを実施、本人の気持ちを大切にしている。困難な場合には日常会話の中での言葉や、仕草やサインを読み取り、ご家族と相談している。	利用者の意向は日々の関わりの中での声かけや担当の職員を配置し一対一でのドライブ、入浴時に把握する事が多い。会話が困難な利用者は筆談や指での合図で把握し、利用者の要求で髭剃りを電動に変えている。職員の気づきで書写を行う利用者や歌を歌ったり、裁縫をしたりしている。	
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	生活歴や馴染みの環境等の重要性を十分理解し、本人・ご家族、以前利用していた他事業所からの情報収集に努め、記録等にも残り職員間で情報共有している。		
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	担当制にすることで定期的に入居者の心身状態をアセスメントし状況把握に努め、「出来ること」「出来ないこと」を見極め、「出来ること」に注目し自立支援を行なっている。		
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	カンファレンスを3ヶ月に1回行い、日々の生活状況の評価・課題を見つけ、本人、家族、介護職、ケアマネ(必要に応じ看護師)の意見を出し合い検討を重ね、介護計画へ反映、作成を行なっている。	担当者会議に利用者や家族、担当職員が参加し意見が反映されて介護計画書を作成し、3か月毎に定期で見直している。サービス実施計画書・実施記録に利用者個々の役割や活動、地域で楽しく過ごす等のプランがあり、日々の記録もプランに沿った記録でモニタリングも兼ねている。	
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	日々のケアの中での気づき、工夫の様子を個別の記録へ記入、ヒヤリハットや事故、重要事項などの記録は赤線を引き、職員間での情報を共有しやすい工夫を行っている。ミーティング等で検討・見直し等の話し合いを持ち、随時介護計画書へ反映している。		

沖縄県（グループホームわかまつ）

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	一人一人に対して柔軟な対応を行なっている。本人や家族の状況、状況に応じて通院の介助、自宅訪問の支援を行なっている。必要に応じて法人からPT訪問によるリハビリ指導の元、生活に取り入れる工夫を行なっている。		
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	毎月、広域連合より介護相談員の訪問、訪問美容、、看護大学や介護学生実習等の受け入れを実施している。近隣のスーパーへの買い物や散歩時も楽しみながら支援している。		
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	希望するかかりつけ医となっており、訪問診療時はご家族、職員立会いにて相談、検討をし、適切な医療が受け入れられるように支援している。外来受診時は主治医へ情報提供を行い関係性を大切にしている。	利用者は病院や施設から移られた方が殆どで、かかりつけ医は協力医療機関の医師で、訪問診療を受診し、結果は電話で家族に報告している。他科受診は家族対応とし、困難な場合は職員が対応している。医療連携体制が確立され、セラピストや訪問看護、理学療法士のリハビリや歯科衛生士による口腔・嚥下等の指導等が実施されている。	
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	職場内の看護師との日々の連携、訪問看護ステーションとの契約に基づき、週1回の訪問、24時間オンコール体制にて日々の健康管理、医療面での相談、助言を行なっている。		
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。	法人内医療機関と連携を取っている。他の医療機関とは法人の病院相談課を通じて、連携がスムーズに行われるように協力体制ができています。		
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、事業所の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	医師より、重度化に伴う意思の確認、事業所が対応できる現状の説明を行なっている。本人、家族の意思を踏まえ、医師、看護師、介護にて連携をとり、より良い体制作りに取り組んでいる。	重度化や終末期の対応について事業所で勉強会を実施し、重度化した場合は法人の医師が利用者・家族の意思を確認して、事業所のできることを説明している。利用者の家族から終末期の支援の希望があるが、事業所の方針は現在、案を作成中である。	重度化や終末期に向けた方針と意思確認書を作成して全職員で方針を共有し、利用者や家族の意思確認が望まれる。
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	手順書を見やすい位置に掲示、見直しの際の申し送りを行なっている。新採用者は新人オリエンテーションにて救急法を学ぶ機会を設けている。		

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	年2回利用者参加にて、昼間・夜間想定のもと消防避難訓練を実施。避難誘導の際には利用者も参加している。通報装置、消火器の取り扱い、避難経路の確認、手順書の見直し、掲示を行なっている。	消防署と連携して、夜間と昼間想定で年2回訓練を実施しており、スプリンクラーや一斉通報装置、消火器等も準備されている。避難経路は玄関と裏口、職員用勝手口の3カ所が確保され、避難誘導訓練に利用者も参加しているが、地域住民の参加はない。	事業所の隣に消防署があるが、災害時は地域住民の協力が不可欠である。運営推進会議の活用や地域住民への呼びかけ等により、地域との協力体制を築いていくことが望まれる。
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	利用者の人格や誇りを傷つけないよう配慮した言葉かけを行なっているが、時々馴れ合いの関係で言葉を誤って使ってしまうこともあり、気をつけている。自己決定しやすい方言や標準語等の言葉かけを一人一人の性格を見ながら声かけするように努めている。	管理者は職員の気になる言葉をミーティング時等に話している。権利擁護の研修報告を検討して入口に暖簾をかけてプライバシーに配慮した居室もある。口紅やマニキュア等の身だしなみの支援も利用者の意思や決定権を尊重し、利用者本位の支援をしている。	
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	日常の会話の中から、本人の思い込みを汲み取るように努め、意思決定しやすい言葉かけや筆談などで場面作りを行なっている。意思表示が困難な方には、表情やサイン等、相手のペースを考え見逃さないように気をつけている。		
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	その日の体調や希望に合わせて離床や食事、入浴など生活のリズムを本人に合わせて職員は臨機応変に対応している。		
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	寝巻きに着替える等、個々の生活パターンに合わせて支援している。身だしなみにも本人の希望を伺い、顔の毛ざりや、口紅、アクセサリ、マニキュア、クリーム等、本人に選んでもらい満足感がえられるよう支援している。		
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	本人に確認しながら調理準備や片付けは各工程に分け、利用者の身体機能に合わせて行なっている。味、硬さの確認も一緒に行なっている。お膳や食器等も変える等、雰囲気作りも行っている。季節のメニューや、家族からの頂き物や、畑で収穫した食材もメニューへ追加したりする。	事業所で調理しているが夕食のおかずのみ配食で、定期的に給食会議を開催して配食先に要望等を出している。調理の準備や買い出し等に利用者も参加し、菜園で収穫したゴーヤー等を食材にとり入れ、メニューに合わせて食器を替える工夫もある。食事は日勤の職員が検食を兼ねて一緒に食べている。	
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	個々に合わせた量や好みを取り入れ、1日のバランスを考慮している。食事、水分拒否のある方へは、形態、対応の工夫を行なっている。状態に応じて、1日の水分量を決めてチェックも行なっている。		

沖縄県（グループホームわかまつ）

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、必要時、口腔ケア、整容を実施。個々の能力に合わせて自立、清潔保持できるよう歯ブラシ、うがい用の薬品、お茶など工夫を行なっている。できるだけ、洗面台で行うように促して実施している。		
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、オムツ使用を最低限にしている。皮膚のトラブルにも考慮し、綿パンツの使用を出来るだけ行なっている。自尊心を傷つけないように個々に合わせオムツを選定、評価を実施しパッド、オムツを検討し、家族へ相談、購入している。	毎月1人ずつ排泄の自立についてミーティングで検討し、改善された利用者がこの1年で4名いる。現在は必要に応じて排泄チェック表を活用したり、利用者の仕草等で気づいた時などの機会に、日中は1人以外はトイレ誘導している。異性介助になる時は利用者に確認している。	
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	薬に頼らないように食事内容、水分量、運動に気をつけ腹部マッサージ等、個々に合わせて行なっている。プルーンや野菜ジュース、アガーゼリー等、個々に合ったものを提供し、常に便秘予防に気をつけて自然排便を促している。		
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ず、個々にそった支援をしている	希望の時間帯や気持ちよく入浴できるよう衣服の準備から工夫している。拒否の強い方へは、チームアプローチを行なっている。気持ちのよさが残るように、入浴後のフオローへも配慮し声かけを行なっている。	入浴は1日おきで、着替えは利用者が選び、見守りを主に支援している。異性介助時は了解を得ており、入浴を嫌がる利用者には職員を替えて声かけしたり、入浴後に「いい匂いがするね」等の声かけや好みの飲み物を準備する等、入浴後の支援もしている。	
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	日中に活動を個々に合わせ取り入れ、リズムを整えている。気持ちよく安眠できるよう環境(照度、室内温度、音、前後の行動対応)へ配慮している。不安で不眠の方へはゆっくり話をしたり、飲み物を促し、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	薬の処方、変更があった際には申し送り、職員が情報共有でき、状態の変化等も記録に残している。チェック表に記載。1日分の薬を入れるシートには薬の名称・効能を記載している。		
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	一人一人の有する能力に応じて、裁縫、新聞折り、散歩、家事手伝い、歌会や外出など希望を取り入れながら気分転換を図っているが、マンネリ化の状況もある。		

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
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	希望に応じて出来る限りの対応が出来るよう努め、ほとんどの方が外出されている。日々の散歩、近隣スーパー、自宅訪問、ふる里訪問などえを実施している。外出支援としてピクニック等を企画・実施している。	日々の散歩や近隣スーパーでの買い物、ドライブ等を個別計画に位置づけ、ふる里訪問も実施している。家族と外食に出かける利用者もいる。事業所が企画したピクニックでミニ動物園見学をした後で、刻み食等の要望に応じてくれる店で外食したこともある。	
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	職員はお金を取り扱うことの大切を理解し、買い物の際には出来る限り本人がやり取りできるように支援している。自分で管理している方もいるので、その際にはご家族に確認を行なっている。		
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	希望に際には電話が出来るように支援している。手紙があった際は代読したりする事もある。意思疎通が困難な方でも、ご家族から電話があった際は声を聴かせるなど配慮し支援している。		
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	玄関前や施設廻りに花壇を設けて外気浴を行ったり、花などを食堂に生けたりする。湿度が高いため、温度調整に配慮し不快感を与えないよう配慮している。廊下には四季を感じさせる写真、玄関には飾りつけを行っている。	居間は調理時の匂い等、生活感がある。毎朝事業所内の換気を行い、トイレは利用者によりわかりやすく表示され、廊下や玄関にベンチが置かれ利用者が一人になれる場所も確保されている。浴室の窓からクワズイモの葉が眺められ、冬場の更衣室はヒーターで対応している。	
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	廊下のベンチや玄関先のベンチ、居室のソファ等を利用し思い思いに過ごせる場所がある。ご家族が面会に来られた場合にも居室にソファやテーブルを準備している。		
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	本人とご家族にて居心地よく過ごせるよう、写真や思い出の品を配置していただいている。状況に応じて配置換えをする際は本人の要望を取り入れ相談したり、ご家族と相談し住みやすい環境へ配慮している。	居室は広く、ソファベッド等が置かれ家族が泊まることも可能である。家族の写真や時計、アクセサリ箱等の持ち込みがあり、窓からゴーヤ棚が見える居室もある。夜間の照明は利用者の要望で調整し、転倒予防で家具等をクッションで巻いて安全面に配慮している。	
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	個々の能力に合わせて、トイレの表示を変えたり、夜間の照明の工夫等を行なっている。能力に応じて風呂場やトイレ等の手すりを追加したり配置換えも理学療法士の方と相談し行なっている。		