

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	4770800375		
法人名	医療法人 太陽会		
事業所名	グループホームていだの家		
所在地	浦添市仲西3-9-11		
自己評価作成日	平成23年8月9日	評価結果市町村受理日	平成23年11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	http://www.kai gokouh vou . ip / kai gos ip / infomation Public . do ? JCD = 4770800375 & SCD = 320 & PCD = 47
----------	---

【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 クレト西205		
訪問調査日	平成23年9月16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)】

家庭的な環境の中で利用者がその人らしく今までの生活が継続できるように取り組んでいる。母体法人の医院(利用者の主治医、看護師)と医療連携を図りながら、日常的な健康管理や状態変化時の迅速な対応、家族への報告を行っている。
定期的なミーティングの中で情報を共有して事業所全体のスキルアップを図っている。地域の一人として地域交流を図ったり、地域の社会資源を必要に応じて活用している。専門学校より実習生を受け入れて実習の場としての役割も担っている。

【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)】

当事業所は住宅地にあり、近くの商店には日常的に利用者と一緒に買い物に出かけている。車道に面した2階建て住宅で、1階は3居室と多目的ホール、2階は食堂兼居間と6居室となっている。かかりつけ医は利用者全員が母体法人の医師となっており、月2回訪問診療が行われている。近くに法人の医院があり、24時間オンコール体制等がなされ、医療との連携が図られている。非常災害対策として自動火災報知器、火災通報装置、スプリンクラー等の設備が完備されている。家族連携表を用いて家族との連携を密にしている。また、現在は利用者全員が車いす使用ということもあり、運営推進委員に身体障害者機関の職員が参加する等、日頃のケアに配慮がなされている。

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ます (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23年10月26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	2年前に全職員で話し合っって見直した理念を利用者とゆったりした時間を過ごしやすいおやつ時間に職員が毎日唱和を行い、全職員が共通理解して理念が実践できるように取り組んでいる。	設立当時の理念を、2年前に利用者の現状を踏まえて「その人らしく、ありのままを受け入れる暮らし」を主とした内容に職員間で話し合っって作成した。理念はケアの立ち返る基本としてミーティング等で確認し実践している。	
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員として日常的に交流している	近隣自治会に毎月の自治会費を納めに散歩を兼ねて利用者で行ったり、近隣にある魚屋、スーパー、青空野菜市、理容室、美容室を利用して会話を楽しみながら地域交流を図っている。	自治会に加入し、敬老会等の案内がある場合は利用者と共に参加している。事業所として母子推進会議や近隣の人にビデオや車いすを貸し出し、また、多目的ホールを地域住民に開放する等、地域との交流を行っている。	
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	認知症キャラバンメイト、認知症指導者研修を受けた職員を中心に自治会に協力を得ながら認知症サポーター養成講座開催に向けて取り組んでいく。	/	/
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	2ヶ月に1回、運営推進会議を開催して活動内容などを報告、また多職種から形成される委員の方々から意見や提案をもらい、グループホーム運営や活動に反映させている。	会議は年6回開催され、毎回市の担当者が参加している。委員は身体障がい者機関の職員や家族等で構成されているが、利用者の参加は無い。会議では外部評価報告を含め、非常災害対策、事故報告、苦情処理等の報告がされていることを会議録で確認できた。	
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に取り組んでいる	TEL・FAXでの情報提供を受けたり、新利用者入所時のケアプラン提出、事故発生時の報告を行っている。また浦添市グループホーム連絡会に市町村担当者も参加して新しい情報や助言を受けて連携を図っている。	事故報告時に市の担当者から助言をもらうこともある。市グループホーム連絡会に行政担当者から地域密着型事業所の増設計画について情報提供があったり、今回非常災害設備設置について交付金事務や設備等の助言を得ており、協力関係が築かれている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	ミーティングで身体拘束ゼロへの手引きを参考資料に「禁止の対象となる具体的な行為」の共通理解を図り身体拘束ゼロに取り組んでいる。日中は出入り口の施錠を行っているが夜間帯は防犯目的で施錠をしている。	身体拘束をしないケアは重要事項説明書等に示され、「身体拘束と見なされる11の行為」「拘束が拘束を生む悪循環」の独自文書を作成し、入居時に本人や家族に説明、交付している。職員は研修等で理解を深め、拘束をしないケアに努めている。	

沖縄県（グループホームていだの家）

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	高齢者虐待防止教育システムを取り寄せてミーティングの中で学んだり実際にあった高齢者虐待の事例を情報共有しながら高齢者虐待予防に努めている。		
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	ミーティングでパンフレットや関係資料で日常生活自立支援事業や成年後見制度について学び、資制度については周知している、成年後見制度については活用できるよう家族と話合っている。		
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	落ち着いた環境の相談室で斜めに向き合いながら、わかりやすく説明している。説明に対し質問がないか確認して納得の上で同意を得ている。また読み直して確認したい点はいつでも確認できるように伝えている。		
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	利用者や面会時に家族に話しかけ、何でも相談しやすい雰囲気作りをしている。出てきた意見、要望はミーティングで話し合い反映させている。	利用者の意見等は日頃の関わりの中で把握している。家族の意見等は運営推進会議や面会時に聞いている。意向や相談内容は、家族連絡表に職員が記載し、全職員に周知するよう努めている。家族からスリッパが少ないとの意見があり、数を増やした事例等がある。	
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	ミーティングや申し送り時に職員からの意見や提案を受けて業務に反映している。また反映後にミーティングで振り返りを行い必要があれば再度見直しを行っている。	月1回の定例会議で、職員からの提案で皮膚剥離対策のための車椅子の対応や居室ドアの開閉音解消等が改善された。利用者との馴染みの関係継続のため、法人は事業所の特性上、職員の異動を最小限に抑えるようにしている。	
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	代表者は定期的（訪問診療）や行事開催時にグループホームに伺い、職員の業務体制を把握したりTELや文書にて職場環境の整備に努めている。		
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	代表者は職員の質の確保や向上に向けた育成を理解し、積極的に働きながら研修に参加させている。また研修資料がいつでも閲覧できて研修に参加していない職員も研修内容を共有できるようにしている。		

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や浦添市グループホーム連絡会に参加してお互いに情報交換、課題解決を図りながらサービスの質向上に取り組んでいる。		
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	事前面談で本人より要望や困っていること、不安なことを聞き取り、安心して生活できるよう個々に合わせた関係作りに取り組んでいる。		
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	事前面談で家族より要望や困っていること、不安なことを聞き取り、グループホーム内で取り組めることを話し合いながら家族との信頼関係作りに取り組んでいる。		
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	入所前にサービス担当者会議で必要としているサービスを見極めて検討項目や課題として他サービスも含めた対応もできることを確認している。		
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	職員は利用者と共に同じ場所で同じ時間を過ごす中で一緒に楽しんだり、誕生日を共に祝うなど喜びを分かち合いながら支え合う関係を築いている。		
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	面会時や必要に応じて家族と連絡を取り合いながら、日々の報告や介護記録の閲覧、相談を受け、信頼関係を築きながら利用者を共に支え合っている。		
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	行事日や盆、正月、親類が亡くなった時に自宅へ外出や外泊してこれまでの関係を継続したり、これまでのなじみ深い人へ家族を通して面会を促して旧友が面会に来たり、かつての仕事仲間から手紙が届いている。	地域行事への参加に限らず、今年は本人や家族の希望を聞き、旧友に会いたいとの意向を受け、旧友が訪ねてきたり、母校・旧職場訪問を実施して利用者に喜ばれた事例がある。	

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	レクや食事・おやつなどの利用者同士が共同で過ごす時間では職員と一緒に話をして楽しく過ごせるよう利用者同士の間に調整役を行っている。		
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	退所後も面談や関係機関と相談するなど必要に応じた支援で断ち切らない関係作りに取り組んでいる。		
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	入所前で把握した本人の希望、また入所後に毎日の関わりの中、本人の話す内容や行動、表情から生活への希望や意向の把握に努め、家族からも面会時やTELにて情報を得ている。	利用者の思いは日々の関わりの中で把握し、困難な場合は過去の職業や趣味、意向等について、面会時等に家族から情報を得ている。バレーボールが得意だった利用者には風船バレーを勧めたところ行動が活発になった事例等がある。	
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	入居までの生活歴や既往歴、サービス利用状況などを本人や家族から聞き取りアセスメント表に記載して把握に努めている。		
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	1日の様子、生活リズムやできることなどを介護記録して生活の変化など個々の全体像把握に努めている。		
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	本人、家族より意向を聞き、サービス担当者会議やミーティングで出た内容や意見を反映して目標達成可能な介護計画を作成、状態に変化があった場合は介護計画を見直している。	3か月毎にモニタリングを実施している。サービス担当者会議には本人と家族が参加して、意向を介護計画に反映させている。通常は、更新時の年1回の定期的な見直しをしている。状態変化のある場合は、随時に計画を見直している。	
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	日々の様子やケアの実践、気づきや工夫を介護記録に記入し、全職員で情報を共有して介護計画の見直しに活かしている。		

沖縄県（グループホームていだの家）

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	急な状態変化に伴う受診や急な外出や時間変更など家族と連絡を取りながら柔軟に対応している。		
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	運営推進会議で地域の情報を提供してもらったり、広報うらそえから地域資源について情報を把握している。		
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	本人、家族希望の主治医（現在は全利用者が母体法人医院）による月2回の訪問診療、状態変化時に医療連携を図り必要に応じて外来受診を行っている。	かかりつけ医は全員母体法人の内科医で、月2回の訪問診療がある。他科受診時は、紹介状持参で家族が付き添っているが、家族が対応できない時は通院支援を実施している。また、利用者の状態と医師の指示は医療連携表に記入し、薬が変更される場合も処方薬連携シートで情報が共有されている。	
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	状態変化やいつもと状態が違うとき、看護師に状況を報告したり指示を受けている、また週1回の定期的な看護師訪問で医療連携を図っている。		
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。	利用者が入退院した場合、病棟職員や相談員と入退院時の情報提供を行ったり、カンファレンスに参加して状況把握に努めている。		
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	重度化対策指針を作成し、家族に重度化した場合や終末期時について説明・同意・署名・印・交付を行っている。	看取り実施の方針も含めた「重度化対策指針」が作成され、入居時に利用者と家族に説明し同意を得ている。利用者の状態変化に応じて、その都度家族と医師を交えて話し合っている。現在、看取りの希望者はなく、去年の退居者は全員病院への転院である。	
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	緊急時の対応マニュアルを作成、今年に市内グループホーム連絡会で救急法の講習会を予定している。		

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
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	夜間火災を想定した通報・避難・消火訓練を利用者・利用者の家族・地域住民と共に行い、利用者が安全に避難できるように協力体制を築いている。また火災以外の災害に備えた備品を備えている。	消防訓練は、消防署参加の訓練を含めて年2回実施され、2回とも近隣の方が協力し役割も分担されている。非常災害対応マニュアルが整備され、緊急通報装置、スプリンクラー、誘導灯の設置、災害時持ち出しセットも準備されている。	
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	認知症介護に求められる尊厳を意識して丁寧な言葉づかいを心がけている。またプライバシーが保たれるよう自室での介護時にドアを閉め、入浴やトイレ時はカーテンを閉めたり肌の露出を抑えている。	同性介助を旨としているが、異性介助もあることを入居時に説明し同意を得ている。管理者は、認知症のサポーターを養成するキャラバンメイトでもあり、利用者の尊厳を意識した言葉かけや、カーテンを二重にする等プライバシー保護に努めている。	
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	レクやテレビやおやつで選択肢を設けたり、衣類を利用者が選択、決定して実行している。		
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	大まかな1日の流れはあるが、枠に当てはめずにその人らしい生活が送れるように希望を聞いている(レク・テレビおやつ・昼寝・外出)		
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	入所する前から来ていた愛着のある衣類を利用者の希望で着ている。外出や敬老会などには外行きの服を着たりアクセサリをつけておしゃれを楽しんだり、美容室で白髪染めをしている。		
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	食材の買い物に利用者と一緒にいたり、食事やお膳を準備したり、片付け時にお膳を運んでいる。食事中、職員は見守りや介助を行い、おやつは一緒に食べながら会話を楽しんでいる。	昼食と夕食の副食は法人からの配食である。食事中はテレビを消して音楽を流し、ゆったりとした環境に配慮している。おやつは、ホットプレート等で利用者と一緒に作って食べている。職員は、見守りや介助のため時間をずらして弁当を食べている。	職員は見守りと食事介助に専念しているが、職員も見守りを要しない利用者と一緒に食べられる工夫が望まれる。また、職員が利用者と同じ料理を摂ることの意義について検討されることに期待したい。
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	利用者に合わせた食事形態で食事量や水分量を記録している。栄養バランスは母体法人の食事メニューを参考にしている。		

沖縄県（グループホームていだの家）

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	利用者の状態に合わせて毎食後、洗面台にて声かけで口腔ケアの促し、仕上げ介助や全介助を行い、入れ歯にはポリデント洗浄を行い清潔を保っている。		
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	定時に周りに目立たないように声かけでトイレへ移動を促して排泄したり日中や排泄訴えあるときにトイレへ移動・移乗して排泄を行っている。	トイレは二重カーテンでプライバシーに配慮されている。転倒や剥離の危険性が高い利用者以外は、日中はトイレで排泄支援をしている。おむつ交換拒否の利用者には、声かけを工夫しながら、無理せず焦らずケアした結果、排泄の意思表示ができるようになった事例もある。	
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	排便記録にて排泄パターンを把握、下剤の調整服用にて排便対応している。毎日の機能訓練でラジオ体操を行い便秘予防に努めている。		
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	転倒や剥離の危険性が高い利用者は職員二人体制で入浴を実施している。予定は週3回の入浴だが心身状況で柔軟に予定を変更したり、入浴に入りたがらない場合、時間や日を変えて納得してもらい実施している。	入浴は週3回、同性介助を基本とし、異性介助のときは本人に確認して実施している。入浴拒否の場合は、介護者を変えたり時間をずらしたり、日を変更したり等、本人の希望に添って支援している。浴室の更衣室入口は、玄関から真正面の位置にあり、カーテンの仕切り等が外来者からも見える状況にある。	浴室の更衣室入口は、プライバシー保護に配慮した工夫が望まれる。
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	日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。個々の生活習慣で昼寝をしたり、レクに参加せず、ベッドで横になっている利用者もいる。睡眠状況を把握して必要な利用者は眠剤を服用している。		
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	服薬ファイルを作成し、薬の内容を全職員が把握できている。服薬時は利用者の状態に合わせて手渡しで服用や介助にて服用と対応、薬変更時の症状変化を確認している。		
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	個々の生活歴やできる力を毎日の生活の中に取り入れている。毛糸で編んだマフラーや小物を展示している。また職員から感謝の言葉を出すように努めている。		

沖縄県（グループホームていだの家）

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	近隣を散歩したり、近くのスーパーやホームセンターでの買い物に車椅子利用者はリフト車にて職員同行で行っている。また家族と外出時に家族と相談して必要に応じてリフト車での外出送迎を行っている。	職員と一緒に事業所の買い物をしたり、屋上で洗濯物を干す利用者もいる。全員で初詣等に出かけたり、利用者の希望でファーストフード店で飲食を楽しむこともある。介護計画に散歩を位置づけて実施している利用者や、家族がドライブに連れて行く利用者もいる。	
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	小額を家族から預かり、外出時に欲しいものを買い物するなど金銭のやりとりで社会性の継続につなげている。		
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	利用者からなじみの福祉装具業者や兄弟への電話をとりついでいる。グループホーム全体の画像入り年賀状を家族に送っている。		
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	家庭的環境の中で安心して生活が送れるように適度な光や温度、色合い、テレビや音楽の音量調整し、生活感のある家具や道具、植物を置いて心地良く過ごせるようにしている。1階のホールは多目的に交流できるように開放している。	食堂兼居間は明るく、テレビ等の音量にも配慮されている。車椅子が通りやすいようにソファを撤去して広くなる等の工夫もされている。玄関先には鉢植えの花弁があり季節感が感じられる。	
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	2階にある食堂と居間は同一場所であり全体的に視界に入りやすく、1階のホールを活用して家族が面会に来たときにくつろげるスペースを確保している。		
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	自宅で使っていた目覚まし、掛け時計を使用したり、ポケットラジオを聞いたり、自分や家族の写真を置いたり、活動の中で作った作品などを部屋の壁に貼り、心地よく過ごせるようにしている。	居室はどの部屋も明るく設計され、利用者は使い慣れた私物を持ち込んだり、気に入った写真を飾ったりしている。事業所は入居予定者や家族に使い慣れた物を持って来るように働きかけ、家で使用しているポータブルトイレやテレビ、仏壇等の持参も認めている。	
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	移動がしやすいようにグループホーム内を段差解消や手すり設置して車椅子や歩行での移動がスムーズに行えるように工夫している。		