

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	特定医療法人アガベ会		
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24年6月29日	評価結果市町村受理日	平成24年9月6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 gokouhyou.jp/kai gosip/infomationPublic.do?JCD=4772500056&SCD=320&PCD=47
----------	---

【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・エージェント		
所在地	沖縄県那覇市曙2丁目10-25 1F		
訪問調査日	平成24年7月18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)】

・看護職員を配置した事で、入居者の内科的管理の充実と訪問看護との連携強化を図っている。

【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)】

母体医療法人のバックアップで、地域に根差した認知症高齢者の拠点として、介護予防教室等の開催や、職員のスキルアップの為の研修や就業環境を支援する体制が充実している。村担当者や地域包括支援センターと情報を共有している。入居者の課題解決に向けて、ボランティアの協力を得ながら共に取り組んでいる。入居者の残存能力を發揮させる工夫を話し合い、得意料理の調理や地域の方と触れ合いながらの散歩等を取り入れ、毎月モニタリングを実施し介護計画の見直しを行っている。

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. 全くない
59 利用者は、職員が支援することで生き生き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

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

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	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。	職員間で話し合った地域との結びつきを大切にしたい理念を掲示し、全職員が理念の記入された手帳を携帯し、確認しながら統一したケアが実践できるよう努めている。	
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と挨拶を交したりしている。 小学校へ交通安全お守りを贈呈した。地域行事への参加ができるよう努めている。	村や加入した自治会主催の写真展やコンサートに、入居者と職員が参加している。近隣住民から野菜の差し入れがあり、入居者は散歩の際お礼や挨拶を交わしている。	
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	地域の中学生の職場体験の受け入れを実施。その他、看護、介護学生の実習受け入れも実施。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。入居者との交流も図っている。その中で意見をもとに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。	運営推進会議の要項が作成され、奇数月に定期的に会議が開催されている。約8名の構成委員で村担当者はほぼ参加している。活動報告や評価結果を踏まえて看護体制を整えた取り組みの報告を行っている。	
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るよう、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。村からの行事案内や包括支援センターからの入居者紹介等を頂いたり、良好な関係を築いている。	村担当者や、地域包括支援センターの職員と密に連携を図り、入居者の権利擁護や必要な援助について、ボランティア等の協力を得て支援を行っている。	
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。	身体拘束に関するマニュアルを作成し、研修に参加している。日中玄関の鍵は掛けず見守りを行っている。やむなく拘束が必要な期間には本人や家族に説明し、最小限の時間や転倒防止の工夫等解決策を職員間で繰り返し話し合っている。	
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	管理者は虐待防止を意識し、ケアの中で無意識に不快を与えていないか確認、注意を行っている。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を行うよう努めている。		

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
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	青年後見制度を申込みされたケースが1名おり、今後制度の勉強会が必要を感じている。		
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	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したり、担当者会議を3ヶ月に1回実施し、具体的なケア面について報告しながら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。	利用者や家族等の意見を3か月に1回のカンファレンス時や、医師が月1回訪問診療で訪れた際に確認している。介護相談員が家族からの要望を報告し、湯沸しポットや食堂テーブルの購入が実施された。	
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。	職員は日々のミーティングや年2回行われる中間面接・個別面接の際に、チャレンジ目標や事業計画について、要望や意見を述べる機会がある。職員の資格取得に向け、研修や労働条件を整える支援を行っている。リフト車の必要性について話し合いが持たれ購入が実施された。	
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	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ている。管理者は代表者とも密に連携を取っている。		
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。		
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。		

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
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や、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、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、本人を支えていけるよう関係性を築いている。		
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、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。	遠方から親戚が面会に訪れた時に、本人と一緒に撮影した写真を添えて手紙を送り、関係が途切れないよう支援に取り組んでいる。入居者が以前通っていた事業所の職員や友人の入居した施設へ面会に行っている。	
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の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。		

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
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。		
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	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。困難な場合には仕草やサインを読み取り、ご家族と相談している。	担当職員が本人の希望等を言葉や表情から把握し、カンファレンス時に家族を交えて相談をしながら情報を得て検討している。入居者は行きつけの店で買い物を楽しんだり、銀行や郵便局へ出向き、本人による金銭管理の支援を行っている。	
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、記録等にも残し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(必要に応じて看護師)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。	担当職員と本人や家族等が3か月に1回カンファレンスに参加し、ケア目標について話し合いが持たれている。毎月モニタリングを行い介護計画の見直しを行っている。	
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し、職員間での情報共有、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。		
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。		

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
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、近隣の中学校の職場体験、看護大学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に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し、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。	全入居者が定期的に病院受診や訪問診療を受け健康管理を行っている。受診支援は家族対応を基本とし、往診時も職員と共に家族参加がある。かかりつけ医とは情報提供書にて、職員間は申し送りノートを活用し情報の共有が図られている。	
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	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、事業所としての明文化された方針はないが、現状は法人医療機関や介護施設と連携図り対応している。利用者や家族へは状態の変化時に意向を確認している。訪問看護との連携や緊急時対応の研修実施等チームで支援出来るよう取り組みが行われている。	入居者が重度化した場合や終末期に、チームとして統一した対応が出来るよう、方針を明確にし、共有していくことに期待したい。
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	法人勉強会(救急法)、誤嚥時の対応方法を実践。手順書の掲示、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。		
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、避難訓練を実施。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。	消防署が隣接する、災害発生時の応援態勢として有利な立地である。夜間火災発生を想定した自主避難訓練と消防署参加の避難訓練を実施している。災害に備え、レトルト食品や缶詰等の備蓄がある。非常口にソファが置かれ、避難時に障害となる事が想定される。	非常口の障害物を取り除き、避難経路を確保することが早急に望まれる。

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
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。自己決定しやすい言葉かけをするように努めている。	ミーティングの中で、職員間で入居者への対応方法について意見を出し合い、振り返りを行っている。入居者の持つ能力を発揮できるよう、日々の生活の中で、調理や洗濯物の片づけ、掃除等活躍できるよう支援している。	
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、表情やサインを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、顔の毛ぞりや、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	希望をメニューへ取り入れ食材の話から作る、食べる楽しみへ繋げている。当日希望によって、メニューを変更する事もある。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。	朝、昼食は事業所の中で、入居者と職員が一緒に調理し、夕食は利用者への個別支援時間の確保の為、配食サービスを利用している。食材の買い物、野菜切り、炒める、おやつ作り等入居者は楽しみながら参加している。職員は同じテーブルを囲み会話しながら一緒に食事を摂っている。	
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	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、水分のチェックも行なっている。		
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。		

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
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その都度パッド、オムツの種類を検討し、家族へ相談、購入している。	残尿感が強く、頻尿の入居者には、訪問看護や看護師資格のある管理者が導尿にて対応する等のケアが行われている。リハビリパンツの使用やポータブルトイレ等個々に合わせた対応となっているが、管理者はトイレでの排泄の自立に向けて更なる取り組みを課題としている。	トイレでの排泄の自立に向けて、排泄チェック表等を活用し入居者一人ひとりのパターンを把握したトイレ誘導を行うことに期待したい。
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てしまわずに、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、入浴後のフォローへも配慮し声かけを行なっている。	入浴日の設定はなく、入居者の希望によっていつでも入浴できるよう支援している。シャンプーやボディソープ等一人ひとりの好みの物を使用し、入浴が楽しみなものになるよう支援している。入浴を拒否する場合は無理強いせず清拭やタイミングを見て声かけをする等で対応している。	
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。		
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。		
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。	天気の良い日は近くの公園等に徒歩や車椅子等で散歩したり、海岸へのドライブなどの外出支援が行われている。「化粧品を買いたい」等入居者の希望に合わせた外出支援も行われている。	

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
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。	敷地内に小さな家庭菜園があり、パパイアやネギ等が植えられ食卓に上ることもある。居間はゆとりのある空間で、入居者はソファで昼寝をしたり、食卓セットで洗濯物をたたみながらお喋りしたり思い思いに寛いで過ごしている。	
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。	居室には入居者の使い慣れたテーブルやイス、筆筒等が持ち込まれ、壁には時計やカレンダー、家族の写真が飾られている。お気に入りの帽子やバッグ、ぬいぐるみが飾られる等の工夫が見られる。掃除機や掃き掃除等入居者自身で環境を整えられるよう支援している。衣替え時は家族の協力を得ている。	
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。		