

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 | 4770400309 | | |
| 法人名 | 医療法人 一灯の会 | | |
| 事業所名 | グループホーム月桃 | | |
| 所在地 | 沖縄県沖縄市知花5丁目24番18号 | | |
| 自己評価作成日 | 平成28年9月27日 | 評価結果市町村受理日 | 平成28年12月26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.kaijokensaku.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_2015_022_kani=true_&JigyosyoCd=4770400309-00&PrefCd=47&VersionCd=022 |
|----------|---|

【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28年10月27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)】

グループホーム月桃は、建物の周辺に木々が生き茂り一年を通して季節の花々を眺めたり、鳥のさえずりを聞くことが出来る緑豊かな環境にあり、利用者の心を癒したり、鳥のさえずりを聞くことが出来る緑豊かな環境にあり、利用者の心を癒したり、庭に出て自然と触れ合う事ができる。日々の取り組みとしては利用者に対して建物・人的面から「その人らしく暮らせる」環境づくりに努めると同時に、少しでも認知症の改善がなされるように努めている。向かいには、母体病院があり、医療・災害対策等が構築されており利用者が安心して暮らす事ができる。地域交流については、地域密着型のサービス意義を踏まえた地域交流を目指しており、利用者が地域の一人としていけるように支援している。

【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)】

当事業所は緑豊かな環境で、向かいには利用者全員のかかりつけ医の母体病院があり、事業所と連携して健康管理を行うことができ医療面で家族、職員も安心である。また、母体の作業療法士と連携して、残存機能を維持できるようにリハビリ体操を行っている。理念に「身体的、精神的拘束は行いません」と謳われていて、一人ひとりのペースにあわせた対応を職員間で共有し、日常生活を支援している。運営推進会議も定期的に開催、地域の自治会長が参加している。

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 28年 11月 22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 | 管理者と職員は常に事業所独自の理念に基づき職員全員が共有した上で、入居者が家庭的な雰囲気の中で安全に過ごせる様心掛け、さらに家族や地域の一員として関われる支援を行っている。 | 理念は地域密着型サービスの意義を踏まえて開所時に作成している。理念の「残存機能を高め、その人らしい生活・・・」では、リハビリ体操を日課に取り組んでいる。理念は掲示し、日々のケア場面や申し送りでも振り返り共有している。 | |
| 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 | 母体病院の開催する行事(夏祭り等)に利用者職員で参加したり、地域の開催する行事に出向き楽しんだり、地域の交流を継続し行っている。 | 母体病院を中心とした地域との関わりで、行事等に参加して交流しているが、事業所として地域の交流が少ない。運営推進会議に2か所の自治会長が参加し「地域の催し物や地域老人会に参加して交流しては」等の声がある。 | 自治会長の声も活かして、利用者が地域と関わりある生活が送れるように事業所から働きかけ、地域とのつきあいの機会が増えるよう期待したい。 |
| 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 | 母体病院を通し、職場体験の学生や実習生を受け入れ施設見学や認知症を受け入れ、施設見学や認知症についての質問等を含め認知症の理解が得られるように支援している。 | | |
| 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 | 2か月に1回の運営推進会議を開催し利用状況の報告、サービス提供を毎回の議題に取り入れ委員会からの意見をサービスの向上に活かしている。 | 推進会議は年6回、行政、利用者、家族、地域の方が参加し開催している。事業所の実情、事故、ヒヤリハット、空床状況等も報告している。地域の活動等の情報交換で、事業所で地域のエイサーを行い見学、交流に繋がっている。 | |
| 5 | (4) | ○市町村との連携 市町村担当者とは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 | 運営推進委員会に高齢福課の職員や市の自治体職員が参加し連携・情報交換を行い助言を頂きながら協力関係を築いている。 | 市担当者とは、運営推進会議や市のグループホーム連絡会で情報交換し、夜間職員一人時の救急搬送の対応について市のグループホーム連絡会で課題としている。介護計画についてや更新時、提出物等で介護支援専門員が窓口を訪問、連携している。 | |
| 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 | 身体及び言葉による拘束をしないように心掛けケアに取り組んでいる。また、母体病院の開催する委員会や勉強会に参加し職員で共有するよう心がけている。 | 拘束しないケアを理念に掲げ、管理者、職員は理解し、一人ひとりの個別の対応を共有、実践している。自ら居室の鍵をかけて休まれる利用者が2名いる。リスク等について家族には契約時に説明、理解を得ている。 | |
| 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 | 理念にも掲げ職員全員で共有し、虐待防止の徹底を図り、虐待のない介護ケアに努めている。 | | |

沖縄県(グループホーム 月桃)

| 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 | 現在、制度を利用する対象者がいない為、十分な知識を持っていないが今後、必要な状況にあった場合は関係機関に相談し活用したい。 | | |
| 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 | 入居時に契約書、重要事項の内容を説明し家族から疑問があればわかりやすく説明し理解、納得を得ている。 | | |
| 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 | 母体病院の受診時や家族面会、運営推進会議等で意見、要望を聞いたり入居者から表現される要望は、日々の関わりの中から思いを汲み取り支援に反映させている。 | 面会時に声かけして家族の意見等を聞いているが運営に関する事はなく、歯科受診させたいが困難との事で訪問歯科に繋げる等ケアの要望が聞かれる。「家族に会いたい」など、利用者の思いを日々のケアの中で聞く機会としている。意見箱も設置している。 | |
| 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 | 個々の意見を聞く場を設けたり、スタッフミーティング等の意見や提案を日々の支援及び運営に反映させている。 | ミーティングや申し送り、日々の業務の中で個々に声かけ意見等を聞いている。シフト別に業務の見直しを行っている。「食器をそろえて欲しい」「余暇活動について」などの意見は母体の作業療法士と連携して、活動に反映している。 | |
| 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 | 年2回の人事考課を実施し職員個々の勤務状況、活動状況を把握し、個々のフィールドバックを行い職員がやりがいと向上心を持つような環境づくりに努めている。 | | |
| 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 | 管理者は、職員に資格取得を勧めたり母体病院の勉強会に参加して貰い、法人内外への研修も促しケア向上へ取り組んでいる | | |
| 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会の管理者会議、連絡会主催の介護研修、勉強会への参加。近隣グループホームの相互訪問で情報交換等を行いサービスの質を向上させ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 |
| 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 | アセスメント表から本人の生活歴、背景等の全体像を把握したうえで訴えのある時は受容的対応を心掛け本人のニーズを見つけだし、安心して過ごせる信頼関係を築くように取り組んでいる。 | | |
| 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 | アセスメント作成時に家族より困っている事不安な事、要望等について一つ一つ確認をしてより良いサービス提供に取り組み、家族の方に安心して頂ける関係作りに努めている。 | | |
| 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 | 本人の心身状態を把握した上で、その時々に応じた支援を行い自施設で対応が困難な場合は家族・本人の理解を得て、他のサービス情報を行い、あくまでも家族や本人の自己決定権に基づいた支援を行っている | | |
| 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 | 職員は常に家庭的な雰囲気作りを意識し、利用者より教わったり、励まし合ったりというお互い支え合う関係での生活を心掛けている | | |
| 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 | 家族と職員は常に連携を密にし、情報交換を行い家族の意向を組みながら、時には家族の悩み事の相談や体調を気遣い共に支えていく関係を築いている。 | | |
| 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 | 家族より生活歴や趣味等の情報を取り入れ、スタッフ全員で情報を共有し会話したり、馴染みのある美容室に家族同伴で出かけたり、職員と一緒に馴染みのある場所へドライブをする外出支援を行っている。 | 家族の協力で馴染みの美容室に通う利用者、自宅地域をドライブしたり、近所の方が訪問してくれている。本人や家族の情報等で把握に努め、毎朝新聞を提供し新聞を読む利用者、習字ができるように居室にセッティング等、継続できるよう支援に努めている。 | |
| 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 | 利用者の日常生活の過ごし方や他利用者との関係を把握して、孤立しないように趣味の合う同士の活動を行ったりしてお互い関わり合い支え合えるような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 |
| 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 | ホーム退去後、家族との関係を継続する為に行事への招待をしたり、母体病院への外来受診時に本人の経過状況の情報交換を行い、相談があれば必要に応じた支援を行っている。 | | |
| 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 | 日常生活の関わりの中で本人の思いや意向を聞きだし希望・意向の把握に努め、思いが表出できない方については観察記録を通して職員間で対応策を話し合い、思いを引き出す支援を行っている。 | 主訴を表出出来る利用者が3名で、日々の関わりの中で声かけて思いなどを聞いている。言葉としてかえってこないが、表情や仕草から汲み取り、話し合い把握に努めている。 | |
| 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 | 入居前にケアマネや関係施設より情報収集を行ったり、アセスメント表や家族からの情報を基に本人にあったサービス提供を心掛けている。 | | |
| 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 | 日々、健康状態をチェックし日常生活の関わりの中で個々の生活状況や力量の程度を見極め、個々に合った生活支援を行っている。 | | |
| 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 | サービス介護計画書は、アセスメントや家族からの情報を基に作成し意向を反映させ、定期的な更新時期は自立支援に向けた介護計画書の立案を行っている。 | サービス担当者会議は職員のみで開催し、本人、家族からは個別に意見を聞いて介護計画は作成している。モニタリング、見直しも行われている。個別計画となっているが、その人らしい計画に沿っての実施記録とはなっていない。 | 本人、家族、関係者が参加して話し合い、介護計画の作成や計画に連動した記録に期待したい。 |
| 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 | 毎日の生活状況や健康状態を個別の介護記録用紙や介護管理日誌に記録し、毎日の申し送りやミーティングにて情報を共有しながら問題点をあげ、介護計画書の見直しをし、日々の実践に活かしている。 | | |
| 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 | その時々生まれるニーズに対し、早めの対応を心掛け、母体病院の協力も得ながら本人や家族の要望に応える様なサービス支援に取り組んでいる。 | | |

沖縄県(グループホーム 月桃)

| 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 | 医療面においては母体病院との連携、地域自治会との連携、ボランティアの受け入れ等により利用者が安全で且つ安心して潤いのある暮らしができるよう支援している。 | | |
| 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 | 本人、及び家族の同意を得て、母体病院医師がかかりつけの主治医となっており毎月外来にて診察を受けており、また身体的な緊急時にはまず、母体病院の診察を受け、協力病院へ搬送する体制が整っており定期的な専門病院受診は家族が対応を行っている | 入居の際、ご家族本人の同意のもと、母体病院をかかりつけ医として全員変更した。毎月の定期受診や他科受診は家族対応を基本としている。受診時は、情報提供書を家族にお持ちいただき、受診内容は家族から口頭で受けた後、職員へ即日周知している。 | |
| 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 | 母体病院の訪問看護により一人一人の状態報告を行ない、特に体調の変化のある利用者を優先的に適切な看護を受けられるように支援している。 | | |
| 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。 | 入院先が殆ど協力病院である為、連携が取れている。入院中、常に情報の交換を行い容態の経過状況の把握や相談に努め、退院後は家族や利用者の要望により再入居の相談も受け入れる支援を行っている。 | | |
| 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 | 終末期に向けての方針は打ち立てていないが、重度化した場合の対応として家族、本人の意向を踏まえ終末期に向け十分話し合い、医療の整った病院への転院等の方針を立てて行く事を検討している。 | 入居時の重要事項説明時に、重度化した場合は、母体病院に繋げる方針である旨を説明したうえで同意書を交わしている。 | |
| 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 | 母体病院(CPR委員会)の毎月計画している救急法の勉強会や実施訓練に参加し、さんかできなかった職員にはホーム独自の自主訓練を行っている。 | | |
| 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 | 母体病院の協力の元、定期的に消防訓練を実施。スプリンクラーも設置しており避難経路への誘導表示灯及び消火器の設置、火災時における母体病院及び消防署への連携システムや協力体制が整っている。合同と独自の消防訓練を実施している。 | 年に2回、昼夜想定した防災訓練が実施されている。母体病院にて備蓄や備品が準備され協力体制が整っている。特別警報時には母体病院に避難する体制を整えている。訓練時に地域に協力願いをしていない為協力は得られていない。 | 近隣住民へ声掛けし、災害時の地域との協力体制を構築することが望まれる。 |

| 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 | 理念に掲げている「安心と尊厳のある生活」「利用者の残存能力」を職員で共有し実施している。巡視時は居室の観察を窓から行ったり、入浴介助を同性で行ったりとプライバシーを損なわない言葉掛けや個人の情報保護法に基づき入居者のプライバシーを全員で周知している。 | 日頃から利用者との会話のなかで、尊厳を傷つけないような言葉使いに注意している。方言で会話する方に、方言で返す際にも、敬語表現に気をつけ話している。利用者のペースを大切にしている。 | |
| 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 | 利用者ひとり一人にあった言葉掛けを行いその中から思いや希望を見出し、話しやすい雰囲気作りを行っている。 | | |
| 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し、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 | 利用者個々の希望、意見を聞いて一人一人の心身の状態を把握し、その人の状態を見極めた上で一人ひとりのペースに合わせたケアを心掛け、希望に添える生活支援を行っている。 | | |
| 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 | 外出(ドライブ、家族との外出)や入浴時の際は利用者自身に衣服の洗濯をしてもらい、また希望する理美容院での整髪支援等も行っている。 | | |
| 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、利用者職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 入居者と職員が同じ食卓に座り、家庭的な雰囲気の中で一緒に会話しながら食べたり、お昼の食事の手伝いやおやつ作りを楽しみながら味わったりしている。 | 朝食は事業所で調理し、昼食と夕食は母体病院からの配食を利用している。利用者は食事の準備や食後の片付けに参加している。職員も利用者と一緒にテーブルを囲み会話を楽しみながら同じ食事を摂っている。 | |
| 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 | 食事メニューは、母体病院の栄養士によって作成し、職員は利用者ひとり一人の食事摂取量、水分量のチェックを行い記録を食欲不振や摂取量の少ない利用者へは栄養士、主治医と相談して栄養補助食での対応を行っている。 | | |
| 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、利用者に応じた口腔ケアを毎食後に実施し誤嚥性肺炎予防の為、口腔の清潔保持に努め、本人の力量に合わせた支援を行っている。 | | |

沖縄県(グループホーム 月桃)

| 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 | 昼間はオムツ使用の利用者も2~3時間毎にトイレ誘導も行い、排泄習慣が身につけており夜間は一人ひとりの排泄パターンをチェックし排泄ケアの支援を行っている。 | 排泄チェック表を用いて一人ひとりのパターンを把握している。日中は自立に向け、トイレでの排泄を、事前のさりげない声掛け等で支援している。 | |
| 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 | 排泄状態をチェック表で把握し、便秘傾向な方へは水分補給や腹部マッサージまた軽い運動を取り入れている。便秘期間が長い場合は主治医指示の下剤使用の対応支援を行っている。 | | |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている | 週3回の入浴サービスを行っているが、体調に合わせて無理強いをせず本人のペースに合わせた入浴支援を行っている。 | 週に3回のシャワー浴を基本としているが、拒否がある場合は無理強いをせず時間や日をずらしている。本人の好みのシャンプーを使ってもらうことで入浴が楽しみになるよう支援している。異性介助も本人の承諾を得て行っている。洗剤類は更衣室とは別部屋で管理し安全面に配慮している。 | |
| 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 | 睡眠状況をチェック表にて把握し、夜間不眠の場合は午前中に休息の対応を行っている。就寝は個々に合った時間入床を促すが不眠の方には主治医の指示にて眠剤を使用したり本人の寝やすい環境作り心掛けている。 | | |
| 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 | 薬局から処方される薬の説明書や医薬品集から(用法・容量)を確認し、一人ひとりの処方内容の把握し、又医師の指示で変更があった場合は職員間で申し送り、全員で把握し状態の確認を十分に行うように支援している。 | | |
| 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 | 個々の生活歴から趣味・特技からできる事を見出し読書・園芸等を日課に取り入れたり、全員でDVD鑑賞や音楽活動、気分転換の散歩・ドライブを楽しむ支援を行っている。 | | |
| 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 | 本人の慣れ親しんだ場所へドライブしたり、近隣の散歩や母体病院の売店まで一緒に買い物へ出かけたり、家族同伴での夕食や散髪等の外出も行っている。 | 日常的に、事業所の広い庭周辺を散歩したり気分転換を図っている。朝食やおやつのお買出しにも職員と一緒に掛かけたり、希望があれば個別でドライブに出掛ける等の対応をしている。 | |

沖縄県(グループホーム 月桃)

| 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 | 希望があれば、能力に応じたお金の自己管理の方向を考えているが、殆どどの利用者が家族管理の状態、自己管理の出来ている方は時々、職員や家族と買い物を行っている。 | | |
| 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 | 利用者がいつでも自由に電話がかけられるような場所に公衆電話が設置されており公衆電話から自分で家族に電話する利用者もいる。電話の掛け方や会話のやり取りが十分に出来ない方へは職員が電話対応の支援を行っている。 | | |
| 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 | 居間の壁には利用者の制作した貼り絵を飾ったり、窓から季節の花々を眺めたり快適な照明や空調設備を整え、癒される環境づくりに努めている。調理室は常に清潔重視を心掛け、トイレ・浴室はプライバシー配慮に心掛けている。 | リビングは籐家具で統一されている。テレビ横には八角形の畳間やロッキングチェアが置かれ、利用者が好きな場所に座ってテレビやDVDを楽しめるような工夫をしている。リビングから見渡せる庭は森林に囲まれ「東屋」が設置されている。 | |
| 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 | リビングにて好きなテレビやDVDが楽しめ、庭に出て茶話会を行ったり、リクライニングチェアで新聞を見てひとりの時間を楽しんだり、個々でくつろげる居場所づくりに努めている。 | | |
| 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をを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている | 各居室が8畳の広さがあり、ゆったり過ごせる空間になっており居室には家族と相談して持ち込まれた置物や寝具類を使用したり、家族写真を飾ったりと居心地よく過ごせる工夫を心掛けている。 | 居室にはタンス、洗面台、ベッドが備え付けられ、テーブルカウンターにラジオや習字セット等好きな物を置いている方や、本人が描いた油絵の作品や家族写真を壁に飾っている。本人の動線も考慮して本人、家族と相談してベッドを居室の真ん中に配置している方もいる。 | |
| 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 | 建物内部は利用者が安全で自立した生活が送れるようにバリアフリーになっており廊下・風呂場・トイレには手すりが取り付けられ、一人ひとりの力量を理解し安全でかつ出来るだけ自立した生活が送れる環境作りをしている。 | | |