

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	4791000013		
法人名	医療法人 沖縄徳洲会		
事業所名	グループホームひめゆり		
所在地	糸満市字伊原107-1番地		
自己評価作成日	平成26年6月6日	評価結果市町村受理日	平成26年9月22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_2013_022_kan=true&JiyosyoCd=4791000013-00&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26年7月28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)】

当ホームは認知症対応型デイサービスが併設されており、誕生会や敬老会、ドライブなどを合同に行え交流も盛んです。又、国道331号線に面しているため道道から毎年トリムマラソンや那覇マラソンの応援も賑やかに行っています。
同敷地内には同法人のクリニックが隣接し、更に隣町には24時間対応の母体病院を構えている為、リアルタイムに医療のサポートが受けられ安心して過ごせます。。又、ターミナルケアも積極的に行っていますので、人生の最期まで支援が受けられます。

【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)】

当事業所は、管理者をはじめ全ての職員が理念を共有して利用者の尊厳を守り、いかなる事があっても身体拘束をしないケアや認知症を理解した個別ケアを実践している。職員に対しては、各種研修参加や資格取得を推奨し、サービスの質の向上に努めさせると共に、正職員登用等就業環境を整備することで職員の定着化を図り、利用者との馴染みの関係を構築している。また医療と連携して利用者の日頃の健康管理や緊急時の対応に努め、終末期ケアにも積極的に取り組む支援体制を整備し、利用者や家族の安心につなげている。更には市や社協とも密に連携を取り、管理者が市のSOSネットワーク作りに委員として参画し、地域においても「認知症サポーター養成講座」を頻繁に開催して認知症ケアの啓発に取り組むなどし、その開催回数が全国一位となったことで今年表彰を受けている。

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26年9月8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	・毎朝申し送りの際に、みんなで理念の唱和を行いケアに対する意識づけを高めている	理念は、開設時に地域密着型サービスの意義を踏まえて作成され、職員がいつでも目にして確認できるように事務所やトイレ等に掲示している。職員は毎朝理念を唱和し、認知症ケアに携わる者としての意識向上を図ると共に、利用者に対して尊厳あるケア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	・隣接のデイサービスの利用者との交流を盛んに行っています。 ・看護学生の実習受け入れ6月～12月実施しふれあいを大切にしています。	管理者が地域で認知症サポーター養成講座を実施している。事業所のゲートボール場を地域に開放し、利用者も祭り等の地域行事に参加している。婦人会や子ども会とも交流があり、小中学生の体験学習や看護学生の実習受け入れ、高校生とのコンタク会も開催されている。	
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	・地域の自治会へ出向いて積極的に「認知症サポーター養成講座」を行っている。（年20回前後） ・喜屋武地域子供会に参加し、子供を対象に認知症の啓発活動を行っている。		
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	・隔月（奇数月）に開催しており、毎月の活動報告、情報や意見交換も活発に行なっている。出席者は、区長、包括、役所、社協、民生委員、家族、利用者等	運営推進会議は行政職員と利用者、家族、地域代表で構成され、年6回開催されている。会議では事業所の活動状況や外部評価、事故等について報告し、委員と意見や情報交換等が行われている。ヒヤリ・ハットの報告が確認できず、行政職員が多忙のため2回欠席している。	事故だけでなくヒヤリ・ハットについても報告する等、事業所運営の透明性を図ることが望まれる。行政職員が運営推進会議に毎回参加できる工夫が望まれる。
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取り組んでいる	・市長や社協局長と情報交換をしたり又、会議への参加も行っている。	毎月行政の窓口を訪問し事業所新聞「笑い福い」を届けて状況を伝えている。生活保護等困難事例の相談をして支援に繋げる等、行政との連携が図られている。行政の要請を受けて管理者が市の評議員を務め、市のSOSネットワーク作りにも関わる等、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	・自由な暮らしができるように、見守りを徹底し、施錠していない。喫煙所も外の庭に設け自由に利用できるようにしている。 ・集団レクリエーションも天気の良い日は庭で行い、開放感を味わってもらっている。	身体拘束禁止の方針を掲示し、職員は虐待防止を含めた研修や勉強会等に参加して理解を深めている。玄関等は施錠せず「外出する方は、職員に声をかけて下さい」という掲示がある。喫煙する利用者もおり、屋外の喫煙場所を見守りできる位置に設ける等工夫され、拘束しないケアを実践している。	

沖縄県（グループホーム ひめゆり）

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	<ul style="list-style-type: none"> ・事務所内に虐待防止の為の資料を掲示し、啓発を行っている。 ・利用者の身体チェックを入浴の際にナースが行っている。 ・普段から利用者への尊厳を意識づけている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の中に1人「生」年後見制度を利用している為、その利用内容について勉強会を行った。 「成年」 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・契約は必ず時間をとって十分な説明を行っている。契約で経費の改訂があった場合は、説明し、再契約している。介護報酬の改定があった時は家族会で説明し、納得を得るようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・家族会での意見収集(2回/年) ・家族の面会時は、必ず声掛けを行い思いや意見をきいたり、年1回アンケートをとっている。 ・運営推進会議に利用者、家族を輪番制で参加していただいている。 ・意見箱の設置(玄関側) ・年1回アンケートを実施 	<p>利用者の意見は、朝のユンタク会でその日の活動や食べたい物等を聞き、傾聴ボランティアも受け入れ、把握に努めている。家族の意見は運営推進会議や面会時に聞いている。年1回法人が実施するアンケートの中に、「髪をきれいに」という家族の要望があり、毎月美容師を迎えて対応している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・月1回の全体ミーティングと介護職だけのミーティングを行い、職員が自由に意見が発言できるようにし、課題に対しては全員で解決していくよう努めている。 ・必要時は、上層部へ陳状している。又その都度話合ったり連絡ノートで情報の共有を図っている 	<p>職員の意見は、月1回の全体ミーティングや申し送りの他に、連絡ノートの活用や個別面談等で聞いている。職員から、レク用品や状態変化によるギャッチベッドの購入等が提案され、対応している。利用者との馴染みの関係を重視し、異動の少ない職員配置となっている。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・月1回の全体ミーティングや日々の業務の中で職員の意見を聴き改善するように努めている。介護福祉士やケアマネに資格取得を勧め、労働環境作りを行っている。 ・休暇や勤務希望は出来るだけ要望通りに受けとめるように努めている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症介護実践者研修を始め、外部研修も交代で参加させている。 ・法人内外の勉強会への参加するように勧めている。 ・月刊誌(認知症介護)の定期購読 ・介護福祉士の資格取得を勧めている。 ・「日本認知症グループホーム大会」や法人内の事例研究にて演題発表している。 		

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に定期的に管理者、ケアマネ、介護士が出席し、情報交換を行っている。 ・同市のグループホーム（2か所）と日頃より情報交換を行っている。		
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	・本人の理解力や能力に合わせてボディランゲージ等のコミュニケーション術を駆使し、本人の気持ちや思いを傾聴し、共感して信頼関係を築くように努めている。（受容の態度で接する） ・場合によっては、家族への協力もお願いしている。 ・ケアマネや主治医との連携も欠かさず行っている。		
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	・家族の思いや困っている事を十分に傾聴し、共感する事に努め、信頼関係を築き、何度でも相談に応じるようにしている。必要があれば他のサービス事業所等とも連携している。		
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	・まず、相手の話を全部聴き、何を必要としているのか、何に困っているのかを分析し、必要なサービスを見極めてそれに合ったサービスを紹介すると共にケアマネや主治医、他事業所等との連携えお行っている。		
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	・食事は、職員も同じテーブルで摂っている。 ・食器洗いやもやしの髭取り、掃除、洗濯たたみ等軽い作業と一緒に日常的にやっている。 ・ドールセラピーも積極的に導入している。		
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	・お盆やお正月への外出支援等でバスでの送迎を行っている。 ・「ふるさと訪問」でご自宅へ同行し家族との交流に努めている。		
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	・「ふるさと訪問」と銘打ってドライブがてら利用者を自宅へ連れて行き家族との交流を図っている。	利用者の地域社会との関係性は本人や家族、地域の人から聞いて把握している。利用者は地域行事や故郷訪問で自宅を訪れ、家族や近隣住民と交流している。親戚が隣接のクリニック受診時に来所することもあり、知人によるボランティア訪問も歓迎し、関係継続に努めている。	

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
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	・食事やドライブ、レクリエーション等の座席は利用者の性格や相性等を考慮して配置を行っている。 ・毎日のレク活動は利用者全員で行っている。 ・行事の余興には必ず利用者も一緒に参加し、良好な関係作りに努めている。		
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	・契約終了後も利用者の家族に電話を入れたり、ドライブがてら利用宅へ面会に行ったりしている。 ・必要に応じて施設や関連事業所への連携を図っている。 ・利用者が入院になった場合は面会に行っている。		
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	・本人の得意なことを見出しできるように支援している。 ・本人の口から出た言葉を大切にしそれに応えるようにしている。	利用者の思いや生活歴は、ゆったりとした時の会話を通して「裁縫が得意」、「コーヒーが好き」等を把握し、日中活動に位置付け、支援に繋げている。把握が困難な場合は、家族の情報や本人の表情・反応を参考にし、ドールセラピーも活用して感情を引き出す等、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	・入所時より本人のこれまでの生活史を詳細にアセスメントしケアプランに活かせるように努めている。(馴染みのマシンや囲碁等を持ち込んでもらって活用していただいている) ・家族や親せきの面会時の情報収集		
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	・毎朝バイタルチェック時の気分の状態や訴えを傾聴している。毎日、食事量、排泄状況をチェック。月1回体重測定を行い、体調管理に努めている。できる事は積極的に勧め、残存能力の維持向上に努めている。 ・毎回の定期受診は必ず看護師が付き添い主治医との連携に努める。		
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	・月1回の全体ミーティングで利用者のケアや課題について話し合い介護計画に反映させている。	担当者会議には利用者や家族、担当職員も参加して意向を確認し、介護計画を作成している。実施記録は計画に即して整備し、職員の気づき等は申し送りノートに記載している。モニタリングは毎月実施し、計画は1年毎の定期見直しと状態変化に応じた随時の見直しがされている。	
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	・個別のファイルの中に健康管理票に食事量、排泄、内服、入浴等を記入、介護記録表にはその日の出来事等を毎日記録し、又、申し送りノートも活用して情報の共有を図り、ケアに活かしている。 ・介護職、ケアマネが介護ミーティングで問題の解決に努めている。		

沖縄県（グループホーム ひめゆり）

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	・日頃より病院受診の際に必ず看護師が付き添っている。必要時には併設のクリニック医師に往診を依頼している。旧盆等で家族の要望により自宅への送迎を支援している。		
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	・職員の子供をはじめボランティアや看護学生の実習の受け入れを積極的に行い交流を図っている。 ・併設のデサービス利用者と毎日のように交流している。那覇マラソンや南部トリムマラソンの応援を沿道に出てみんなで太鼓を打ち鳴らしている。		
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	・外来受診や入院の際は、必ず看護師が付き添って情報提供など連携を図り受診内容を職員、家族へ提供している。	利用者全員が隣接の協力病院を受診し、看護師が健康管理票を持参して同行している。訪問歯科とも連携し、義歯の調整等口腔ケアにも力を入れ、受診記録表に記載している。他科は家族が付き添い、受診後に口頭で報告を受け、管理日誌に医師の指示内容等を記録している。	
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	・日常的に特に医療的なことについては、介護職が情報交換、相談指導はリアルタイムに行われ、又、夜間も看護師が自宅待機で24時間体制をとっている。		
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。	・入院の際には看護記録を作成し、情報提供をしている。入院中は、週2～3回見舞いし、看護師や主治医、ケースワーカーと情報交換を行い、早期退院の協働に努めている。		
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	・終末期の在り方について、家族より事前確認書を取っている。ホームでの看取りについての情報提供を行っている。 ・全職員、主治医、家族と方針を統一し看取りを行っている。(実績あり) ・ホームでの看取り希望者の家族については、主治医へその意向等について情報提供している。	重度化対応・終末期ケア対応指針があり、看取りに関する事前確認書と同意書を家族と交わしている。昨年は、医師と全職員、家族が協力した看取りの実績(1名)がある。重度の利用者への対応として、痰吸引や輸液管理、体位変換等を看護師が職員に事前指導し、音楽等の環境面にも配慮している。	
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	・全ての職員は同法人の救命士による心肺蘇生法の実施訓練を受けている。(年1回) ・急変時マニュアルを見える所に掲示してある。		

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
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	・近隣の利用者の家族との協力体制をつくり年2回防災訓練を実施している。	年2回、消防署の立ち会いで近隣住民や家族も協力して訓練を実施している。火災や台風時のマニュアルは整備されているが、地震や津波時のマニュアルは未作成である。スプリンクラーや通報装置を設置し、台風時の停電に備えて3日分の水や食糧、ランタン等も備蓄している。	あらゆる災害発生への対応に向けて、今後は、地震や津波等も加えた防災マニュアルの整備に期待したい。
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	・個人記録物は鍵付きキャビネットに収めている。 ・毎朝唱和している理念にも利用者も尊厳について謳われており、日頃より自尊心を損ねないように心がけている。 ・排泄や入浴の介助では特にプライバシーを守るように心がけている。 ・「叱らない」「強要しない」「否定しない」「急がせない」「笑顔で」をモットーに対応している。	利用者の尊厳を守ると謳う理念の実践をめざし、排泄時はトイレの外で待ち、声かけしてから中に入る等、利用者のプライバシーに配慮している。男性職員には特に注意を促し、申し送り時に利用者の不穏の報告が多い職員には、管理者が個別に指導している。	
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	・日頃の会話の中で常に本人の気持ちを傾聴し、応えるようにしている。意思疎通困難な利用者にも必ず声かけし、表情や反応を読み取るようにし、意思の尊重に努めている。		
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	・ドライブの行先は、出来るだけ利用者の希望を入れるようにしている。 ・喫煙は、自由な時間帯(8時～18時)にさせている。起床時間や就寝時間は柔軟に対応している。 ・ソファや椅子を多く配置し自由な空間づくりをしている。		
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	・散髪に関しては、美容室と契約し定期的実施しているが、利用者によっては馴染みの美容室にへ行ってもらっている。 ・行事の時はおしゃれ着を着て、お化粧品やマニキュアを施している。		
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	・平日は隣接する厨房で調理されたものを職員と利用者が一緒に食べているが、おやつを利用者と一緒につったり片付けたりしている。 ・座る席は相性のいい人同士にし楽しい雰囲気作りにも努めている。	平日の食事は隣の通所事業所からの配食である。土日は沖縄そばやカレー等の人気メニューを職員が調理し、利用者は食器洗いやもやしの髭取り等に参加している。利用者が作成したパッチワークをテーブルクロスにして全員でテーブルを囲み、食事を楽しむ工夫もしている。	
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	・メニューは同法人の栄養士が作成し、調理師が作っている。食材も豊富である。1人1人の状態に合わせて形状を変えたり補助食品も利用できるよう連携を図っている。		

沖縄県（グループホーム ひめゆり）

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	<ul style="list-style-type: none"> ・洗面所に個々の歯磨きセットをおいてあり、毎食後必ず口腔ケアを行っている。 ・必要時、歯科医の訪問治療も行っている。（義歯作製など） ・夜間帯は、ポリドントに毎日つけている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・失禁した場合は自尊心を傷つけないように、上手く居室や浴室へ誘導している。24時間排泄チェック表を使用し尿意や便意の有無に拘らず定時誘導し、トイレで排泄できるようにしている。トイレの表示は分かりやすいように工夫している。 	排泄管理表や利用者の様子から、排泄のパターンやサインを把握し、日中は全介助の利用者以外はトイレへ誘導している。夜間も22時と3時、6時の3回、ポータブルトイレでの排泄を促している。トイレ等の表示も読みやすくし、排泄の自立支援に努めている	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・毎日、食事量、排泄チェックを行っている。 ・副食は食物繊維を多く取り入れている。 ・おやつにはヨーグルトやバナナを提供している。 ・便秘時は、主治医と相談の下、薬で排便コントロールしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・基本的には入浴日（週2～3日）を決めているが、汚染時や本人が希望もその都度柔軟に対応し、入浴している。（時間帯は、本人に合わせている） ・要介護5の利用者でシャワーチェア入浴が困難な利用者は併設のデイにてストレッチャー入浴している。 	入浴は、ストレッチャー浴の利用者も週3回が基本で、ショートステイの方は毎日入浴している。排泄の失敗時は必ずシャワーで洗い、気持ち良く過ごせるよう心がけている。着替えは利用者を選んでもらい、整容は鏡を見ながら「きれいだね。」と声かけしたりして、入浴を楽しめるよう支援している。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	<ul style="list-style-type: none"> ・夜間眠れなかった利用者には、休息がとれるよう配慮している。昼夜逆転の予防のためにも、日中の活動や日光浴に努め、生活リズムを整えようとしている。 ・夏場は、クーラーで温度調整している。 ・カーテンは遮光カーテンとレースで二重にし、光を調節している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・薬の管理は看護師が行い、毎日薬の準備を行っている。1人ひとりの内服一覧表を作成し全職員が把握できるようにしてある。 ・副作用出現時は主治医への報告し、指示を仰いでいる。 ・誤薬予防の為、薬袋には、名前、日付、時間帯を記入している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・個々の職業歴や生活歴をもとに役割作りを行い、それぞれの残存能力が発揮できる場面を提供し、感謝の言葉を伝えている。（裁縫、畑、庭掃除、食器洗い、大工仕事等） ・ドールセラピーも導入している。 		

沖縄県（グループホーム ひめゆり）

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	<ul style="list-style-type: none"> ・月2回ドライブに出かけている。 ・「ふるさと訪問」で利用者と自宅まで送迎している。 	毎月2～3回、併設の通所と合同でドライブし、その際1～2人の利用者は「ふるさと訪問」で自宅を訪れ、家族と過ごしている。近隣公園での桜の花見や隣部落の人参加穫にも出かけお土産をもらったり、受診時に行きつけのそば屋に立ち寄る等、個別の外出も支援している。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者の能力に応じて、小遣いを所持させて、自己管理の下、自由に使わせている。（訪問販売の牛乳、パン等を買わせている） 		
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している	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が自由に電話を使用できるようにリビングに電話を設置している。 ・玄関先にポストの設置あり。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ホーム内のカーテンは全て遮光カーテンとレースカーテンの二重になっており、不愉快な光がないようにしている。 ・リビングのソファや食堂テーブルもやわらかいクリーム色と木製の物を使用。壁飾等は季節ごとに変えている。 ・各部屋にもエアコンを設置し快適温度を図っている。 	室内と広い廊下はクッション性のある床材を使用し、安全面に配慮されている。清掃や換気が行き届き、気になる臭いも無く快適である。玄関壁のへちまのオブジェや廊下に沿って飾られた利用者の絵が季節感を表し、職員と利用者の表情も豊かで会話も途切れることがない。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・リビング、廊下、庭、ベランダに椅子を設置し、好きな場所でくつろげるようにしている。 ・喫煙所も自由の戸外でやってもらっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の使い慣れたテーブル、椅子、卓袱台、タンス、ミシン等を持ち込んでいただき活かしている。 ・誕生日プレゼント（色紙等）は居室に飾っている。 	居室は清掃が行き届き、壁には家族や利用者の写真、本人の作品が掲示されている。窓のカーテンは防災で2重カーテンを使用しており、昼はレースのカーテンを引くと外から見えずプライバシーが保たれ、夏場は西日も遮断し、午睡時も快適に安眠できるよう配慮されている。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・ホーム内は全てバリアフリーにし、廊下、便所、浴室等は、手すりを設置。 ・居室には本人が分かるように大きく名前を表示してある。 ・内部は、必要目印、名称を付けている。 		