

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	沖縄県糸満市伊原107-1		
自己評価作成日	平成22年11月10日	評価結果市町村受理日	平成23年2月8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.kaigo.ioho-okinawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4791000013&SCD=320
----------	---

【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	沖縄県那覇市楚辺2-25-7 セントラルハイム南西303号室		
訪問調査日	平成22年12月1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、本島の最南端に位置し、周囲は、サトウキビ畑等が広がり、緑豊かな閑静な環境にあります。各居室の窓からはゲートボール場や小高い丘が眺め、陽当りの良い長閑なたたずまいです。建物の中には、認知症対応型デイサービスも併設しており、合同で行う行事はとても賑やかです。又、同敷地内には、同法人のクリニックが隣接し、更には母体の病院においては、365日24時間体制で対応している為、医療面で、とても安心安全に過ごせます。地域活動としては、「認知症サポーター養成講座」や「レクリエーション出前講座」を活発に行っています。

【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)】

事業所は同法人のクリニックに隣接し、利用者の日々の健康管理や、急変時の対応等医療連携が図られ、利用者や家族の安心に繋がっている。職員は利用者の尊厳を大切にし、スキンシップを図りながらケアに取り組んでいる。市担当者とは日頃から連携し、事業所の課題や取り組みに関するアドバイスが得られ、協働関係を築いている。また、事業所の力を活かし、認知症に対する啓蒙活動やミニデイへの看護師派遣等、地域活動へも積極的に取り組んでいる。菜園やゲートボール場等で地域住民とふれあう機会も多く、夜間の火災避難訓練にも地域住民の参加等、協力体制が整っている。さらに、定期的に事業所の活動内容を伝える新聞を発行したり、利用者の様子が分かるDVDを制作して家族に提供する等、幅広く独自の取り組みを行っている。

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

[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	理念には独自に作り上げ、リビング、事務所、相談室に掲げている。毎日朝・夕の申し送りの際にみんなで理念の唱和を行って意識付けをしている。また、各自の名刺や広報誌にも記している。	利用者と家族や地域との関係性を重視した事業所の理念を職員全体で検討し作りあげている。理念を、事業所内に掲示するとともに、職員は申し送り時に唱和し、理念を意識したケアに取り組んでいる。	
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、事業所自身が地域の一員として日常的に交流している	・散歩やドライブ、スーパーへの買い物等で地域の方々と交流する機会を作っている。 ・傾聴ボランティア、看護学生の実習、保育園児の来訪の受入をしている。 ・出前講座では利用者も2~3人同行し、交流している。	地域住民とは日常的に挨拶を交わし、野菜や果物をいただく等交流している。また事業所の火災避難訓練に地域協力員として住民の参加や、住民の緊急時の避難場所として事業所を提供する等、協力関係を築いている。包括の依頼を受け、市各地域ミニデで事業所による認知症講座や、利用者と一緒に踊りを披露する等、活動している。	
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	・「認知症を正しく理解しよう」の医療講話や「認知症サポーター養成講座」を一般住民、学生を対象に公民館等で積極的に行っている。(10~12回/年) ・地域住民からの相談も受けている。		
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(6回/年)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2か月毎に開催され利用者、家族、市職員等が参加し、事業所の活動報告や情報交換等を行っている。外部評価後の運営推進会議に、消防署職員の参加を依頼し、火災避難訓練の夜間帯実施に向けて取り組んでいる。	
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に取り組んでいる	・ケアマネジャーが市の地域ケア会議や高齢者虐待防止ネットワーク会議委員として参加している。	管理者は、地域交流会等に参加し市職員に事業所の取り組みを伝えている。利用者と植える野菜の栽培方法について農業改善センター職員からアドバイスを受けたり、建物の耐震強化についての情報提供がある等市からの積極的な協働姿勢がみられる。	
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	・自由な暮らしができるように、見守りを徹底し、日中、玄関は施錠していない。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。 ・職員、各自、「身体拘束チェック表」で日頃のケアにおいて、自分の行為を再確認し防止に努めている。	身体拘束廃止に向けた事業所の方針が明文化され、職員は研修(県外や法人内)に参加したり、「身体拘束チェック表」で各自の対応を振り返る等、拘束をしないケアへ取り組んでいる。リスクや安全対策を家族と話し合い、利用者の自由な行動の為、玄関の施錠は行っていない。	
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	・ケアマネジャーが市の「高齢者虐待防止ネットワーク会議委員」に加入しており、年2回会議に参加し、虐待防止に努めている。 ・「尊厳の保持」「虐待・身体拘束」のチェック表で職員、各自が、自分の行為の再確認のためチェックを行い防止に努めている。		

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
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	管理者は「権利擁護推進員養成研修」に参加し、職員に対しての勉強会も行っている。		
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	契約は必ず時間をとって十分な説明を行っている。又、契約の改訂、介護報酬の改定等が生じた場合は、必ず、「家族会」で説明し、納得していただき、了解を得ている。		
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	・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。 ・家族の面会時や家族会議等で意見交換を行い、ケアに活かしている。 ・意見箱も玄関に設置している。	利用者や家族は運営推進会議や家族会等、意見を言う機会がある。事業所は家族アンケートを取り、家族の思いを把握するよう努めている。利用者の活動を収め上映したDVDが好評で、家族からの要望で毎年DVDを制作し提供している。	
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	・月1回の全体ミーティングと介護者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に努めている。	夜勤者以外の職員が全員参加して毎月1回全体ミーティングを行っている。利用者の皮膚の乾燥予防に保湿クリームの使用や、利用者の爪の切り忘れが無いよう記録を検温表に記載する等、職員のアイデアが活かされている。利用者や家族に配慮し、介護職員の異動は行っていない。	
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	・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の資格取得を勧め、労働環境作りを行っている。 ・勤務表は、毎月、事前に休暇や夜勤等の希望日を取って、できる限り、要望通りに作成している。		
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	・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。 ・同法人内の勉強会への参加するよう勧められている。 ・介護福祉士の資格取得を勧めている。 ・認知症専門誌(おはよう21、ぐるケア)を定期購読している。 ・全体ミーティングの中で、毎月、「認知症」について、管理者が勉強会を行っている。		
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	・糸満市ケアマネ連絡会にケアマネが出席し、情報・意見交換を行っている。 ・管理者とケアマネが沖縄県グループホーム連絡会議にそれぞれ2ヶ月に1回参加し、サービスの質の向上に努めている。		

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	・本人の理解力や能力に合わせてノンバーバルコミュニケーションも駆使しながら、本人の気持ちや思いを傾聴受容し、共感しながら、信頼関係を築くように努めている。		
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	・ケアマネと管理者が一緒になって、家族の思いや困っている事に十分に話し合い、共感しながら、信頼関係を築いている。必要があれば、他のサービス事業所とも連絡をとっている。		
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	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それに合ったサービスを紹介すると共にケアマネや他事業所との連携も行っている。		
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行っている。 ・庭の掃き掃除やチリ捨ては、男性利用者と一緒にしている。		
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。 ・「敬老会」等の行事に家族の参加を勧めている。 ・リビングに電話を設置して自由に家族と連絡できるようにしている。		
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	・家族や知人等の面会も歓迎し、お茶を一緒に飲んでもらっている。 ・ドライブの時は利用者の家やその周辺(畑、海等)を回るよう心がけている。 ・自治会のミニデイサービスへの参加。	利用者の地域での馴染みの関係や好きな場所等はアセスメントで把握している。親せきや近所の方がクリニック受診の帰りに事業所を訪問する時は、利用者と一緒にお茶等で歓迎している。地域での馴染みの関係が継続できるよう、地域ミニデイサービスへの参加を支援している。	
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。 ・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。		

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	・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者宅へ面会に行ったり、相談も受けている。 ・必要に応じて施設や関連事業者への連携も図っている。		
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	・日々の会話の中から本人の希望、意向を把握し、できるだけ応えるように支援している。家族の面会時には家族の要望や思いを傾聴し、また利用者本人の思いを代弁し、家族に伝えている。	言葉で思いを表せる利用者が多いが、発語のない利用者に対しては目を見て言葉かけを行い、表情や反応で思いを把握するようにしている。利用者の霊感的訴えにも耳を傾け、利用者が落ち着くよう対応している。	
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	・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。(馴染みのミ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。)		
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に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。		
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	・サービス担当者会議には本人、家族も参加している。 ・毎日日勤帯の業務終了時に介護担当者が利用者全員の介護実施表に○、×で実施状況をチェックしている。課題に対してはケアカンファレンスで検討し、改善に努めている。	利用者ごとに担当制を取り入れ、介護計画にそった毎日の支援状況を「介護実施表」に記録し、変化時は担当者を中心に家族を交えカンファレンスを開き対応を検討している。しかし、介護計画に位置付けた目標及び実践に対する達成状況の記録や、毎月のモニタリングが実施されていない。	利用者の介護計画の立案、実施、目標の達成状況の把握、評価、見直しと一連の過程を整理し、毎月のモニタリングを通して利用者の状況の変化に応じた介護計画の見直しが行われることに期待したい。
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	・個別のファイルの中の健康管理表に食事量、排泄、バイタル、内服、入浴等を記入し介護記録は、一日の様子を日勤帯と夜勤帯で2回行っている。 ・申し送りノートにも利用者に関する必要事項を記入し、リアルタイムに情報の共有化を図りケアに活かしている。		
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	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。		

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	・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。 ・併設のデイサービス利用者と毎日のように交流している。 ・地域の祭りや行事に参加している。		
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	・かかりつけ医は、家族の希望により、全員が併設のクリニックになっており、受診の際には必ず看護師が付き添って情報提供し、連携を密に行っている。 ・協力歯科の往診で、義歯作成も行っている。	利用者は併設するクリニックをかかりつけ医とし、日頃の健康相談や定期受診、急変時の往診等、協力が図られている。受診時は看護師が同行し、結果を家族へは訪問時や電話で報告している。眼科等の受診は家族対応としているが、困難な場合は代行している。また、緊急時は24時間対応の協力病院へと繋いだり、歯科の訪問診療や認知症専門医と連携する等、医療支援体制が整っている。	
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	・日常的に看護職が配置され、又、併設の看護師も、情報交換、相談、指導連携がリアルタイムに行われている。看護職の管理者が365日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入院先へ情報提供している。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	・終末期のあり方について、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。	事業所は重度化や看取りに関する指針を作成し、かかりつけ医との連携や24時間オンコール等支援体制を整えている。利用開始時に家族に説明し、事前確認書で同意を得ている。利用者や家族の状況変化に即した対応ができるよう、1年毎に確認し方針を共有している。	
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	・全ての職員が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いる。 AEDを備えており、取り扱いの訓練も行っている。		
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	・スプリンクラー、自動火災報知器、誘導灯等を設置し、ホーム内には、緊急連絡網を掲示し、災害時に備えている。 ・年2回の消防訓練のうち1回は消防署と地域住民の協力を得て実施。(今年4月は、実際に夜間帯に訓練を行った。)	消防訓練は年2回実施し、4月には初めて夜間帯に消防署や地域住民が参加して訓練を行っている。また、災害時の対応マニュアルや火災通報装置等に加え、新たにスプリンクラーを各部屋に設置する等、防災や安全管理の充実が図られている。災害時に備え、飲料水や避難時の搬送用にシート等も準備している。	

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
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	<ul style="list-style-type: none"> 一人ひとりのこれまでの生活や人生を把握し、そのペースに合わせて介護を行っている。 利用者の思い込みに合わせて、役割を演じ、言葉も使い分けて対応。 職員は、「尊厳保持チェック表」で自分自身の言葉使いや態度を振り返って意識を高めている。 	<p>全体ミーティングで利用者の尊厳や接し方、認知症についての理解を深め、「尊厳保持チェック表」で確認や振り返りを行いながら、日々のケアに取り組んでいる。また、職員は利用者の思いを受け止め、一人ひとりに合わせた言葉遣いで接し、利用者の穏やかな生活が保たれるよう支援している。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> 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	<ul style="list-style-type: none"> ドライブの行き先はでき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。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 散髪は定期日(火曜日)に美容師を呼んでホームで実施。利用者によっては馴染みの美容室へ行ってもらっている。 行事の時はおしゃれ着を着け、お化粧品、マニキュアも施している。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 利用者と職員は一緒にテーブルで食事を楽しんでいる。日曜日は畑と一緒に収穫した野菜を調理したり、おやつを利用者と一緒に作ったり片付けたりしている。 	<p>食事は併設のデイサービスで調理されたものを事業所内で盛り付け、利用者と職員が会話を楽しみながら同じ食卓を囲んでいる。日曜日には利用者から「沖縄そばが食べたい」「ライスカレーを作りたい」の声を受け、職員と一緒に菜園で収穫した野菜を使って調理したり、ヒラヤーチー等のおやつ作りも楽しんでいる。</p>	
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	<ul style="list-style-type: none"> 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。一人ひとり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取っている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> 洗面所に個々の歯磨きセットを置いてあり、毎食後必ず口腔ケアを行っている。 義歯は、就寝時に必ず取りはずし朝までポリドントにつけて除菌している。 必要時、歯科医の訪問治療も行っている。(義歯作製など) 		

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
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	・失禁した場合は自尊心を傷つけないように、上手く浴室へ誘導している。24時間排泄チェック表を使用し、尿意の訴えの無い利用者は時間誘導し、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。	排せつチェック表から利用者個々の排せつパターンを把握し、積極的に水分補給に努めながら、適宜トイレ誘導を行っている。その結果、オムツ使用はなく、利用者のリハビリパンツから布パンツへ移行するケアが実施されている。また、失敗時は自尊心を傷つけないよう配慮し、同性介助で対応している。	
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	・毎日、食事量、排便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。 ・便秘時には主治医と相談のもと、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ず、個々にそった支援をしている	・基本的には入浴日(週2~3回)を決めているが、汚染時や本人が希望した場合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)	入浴は夏場は週3回、冬場は週2回としているが、利用者が入りたい日や時間等は希望や状況に応じて支援している。入浴拒否がある場合は、時間をずらしたり、トイレや喫煙後に誘導したりと工夫している。同性介助を希望する利用者へは調整して対応している。	
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	・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。 ・昼夜逆転の予防の為に、日中の活動や日光浴に努め、生活リズムを整えるようにしている。		
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	・薬の管理は看護師が行い、毎日薬の準備を行っている。一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。 ・個別ファイルに服薬中の薬品カードを入れている。副作用出現時は主治医へ報告し、指示を仰いでいる。		
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。(ミシン掛け、畑、庭掃除、食器洗い、大工工事等)		
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	・買い物、ドライブは月2回行っている。 ・市主催の祭りや写真展等に出かけている。 ・盆、正月は家族へ協力していただき、帰省を勧めている。	日常的に周辺への散歩や馴染みの商店へ買い物に出かけている。「美味しい物巡り」と称し、桜見物の帰りに奥武島で天ぷらや故郷の首里で名物のまんじゅうを買ったりと、多方面への外出支援を行っている。また、帰宅支援に取り組み、週に1度の帰宅や旧盆や正月の帰宅で利用者の生きがいに繋げている。	

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
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"> ・家族の了解のもと、月1,000円程度の小遣いを預かっており、買い物日に手渡して好きな物が買えるようにしている。 ・訪問販売(ヤクルト・牛乳類)をしてもらっており、利用者に自由に買ってもらっている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者が自由に電話を利用できるようにリビングに電話を設置している。 ・玄関先にはポストの設置あり。 		
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柔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。 	食堂はテーブルやソファを配置して利用者がゆったり寛げるよう家庭的な雰囲気作りを工夫している。洗面台の下に寒さに配慮してヒーターを置いたり、トイレには失敗時に対応可能なシャワーを取り付けている。廊下に歩行の合間に腰掛けるソファや、ベランダや玄関先にも椅子やベンチ等思いつくように過ごせる。	
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	<ul style="list-style-type: none"> ・リビング、廊下、庭、ベランダに椅子を設置し、自由に好きな場所でくつろげるようにしている。 		
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	<ul style="list-style-type: none"> ・本人の使い慣れたテーブル、椅子、卓袱台(ちゃぶだい)、タンス、ミシン等を持ち込んでいただき活かしている。 ・畳を好む利用者の居室には畳を敷いている。 	居室には木製のベッドと収納ケースが備え付けられ、利用者は自宅で使い慣れた寝具や家具類、時計等を持ち込んでいる。縫物の好きな利用者の居室にはミシンを、和室を希望される利用者には畳を敷き、家族の描いた絵や家族写真を飾る等、家族の協力を得ながら利用者が居心地良く過ごせるよう工夫している。	
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	<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。 ・内部は必要な目印、名称をつけている。 		