

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	4792200034		
法人名	医療法人ライフケア読谷		
事業所名	ライフケアホーム読谷		
所在地	沖縄県中頭郡読谷村字長浜1530番地の1		
自己評価作成日	平成28年11月18日	評価結果市町村受理日	平成29年 2月 1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.kaiyokensaku.jp/47/index.php?action=kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JigyosyoCd=4792200034-00&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・エージェント
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12月15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)】

利用者が安心して暮らせるよう日々柔軟に対応している。また一人ひとりの想いを尊重し傾聴する、可能な限り支援するようにミーティングにて職員間で情報共有を行っている。毎月誕生日会を実施し併設である事業所同士で交流を図っている。村内に限らず行きたい場所があれば看護師と連携をとりドライブ、買い物支援を行っている。自立支援を徹底し支援を実施。

【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、静かな住宅街の一角にあり、白を基調としたモダンなボックス型の一階建て建物で、法人クリニックと高齢者住宅、小規模多機能ホーム、デイサービスが併設している。緊急時も法人クリニックの医師や看護師と連携体制が整備され、利用者や利用者家族の安心に繋がっている。事業所理念の「利用者の思いを最大限に尊重する」ということを認知症ケアの原点と捉え、日常のケアのなかで本人から思いや意向を聞き取るようにしている。畑をしていた利用者が畑に行きたいと要望があった時は、その方の居室から見える位置に畑を作り、行き来できるような環境を整えた。食べたいもの(特に菓子パン等)希望があった場合は、ご家族に相談し栄養面も調整をしながら、個別にパンの日を取り入れた。

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)
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)
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)
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、活き活きと働いている (参考項目:11,12)
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
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
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 1月 18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	利用者や家族様、そして面会者や地域の人々がいつでも直ぐ見えるよう食堂に提示している。	設立時に職員間で策定した理念を事業所内に掲示し、毎朝の朝礼で共有している。理念の見直しも検討したが、職員の入退職が続いている為、理念の「利用者の思いを最大限に尊重する」事を認知症ケアの原点と捉え日々実践につなげている。	
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	運営推進会議を通して地域の自治会長さんも参加されており、ドライブ、また散歩の際等村内に介護を必要としている方が不便な事が無いかを確認し情報を提供しながら交流を図っている。	法人全体での敬老会やクリスマス会等の行事に地域の保育園や婦人会がボランティアで協力したり地域住民を招待し参加されている。エイサーの時期には職員と全利用者が一緒に地域に出て行き見学をし交流している。	
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	運営推進会議を通して地域の民生委員や地域支援係や自治会長等に日々の支援方法などを伝えている。また併設にある小規模多機能の職員にも認知症の対応方法等連携を行っている。		
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	運営推進会議の構成員へ利用者の情報提供や対応についての評価を受け改善を行っている。また村内のイベントなどの情報提供を頂いてサービス向上に繋げている。	2ヶ月に1回開催し、利用者・家族・行政職員・区長が参加している。今年から民生委員の参加を依頼し地域の情報共有を図っている。前回の議事録を持参し開催案内の文書を各委員に手渡しで配布している。	
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	村の行政職員と密に連絡をとりサービス向上にむけアドバイスを受け協力関係を築いている。	行事や研修等の開催時には行政担当者から案内をFAXで受けており、必要時は行政担当者が事業所に来訪して相談する等関係が築けている。日頃の散歩やドライブ時に公共施設を利用し、必要な改修等を行政担当者に提案している。	
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	利用者の状態を把握、問題を解決していく事で身体拘束をしないケアに取り組んでいる。	外部研修で研修を受けた職員が事業所に持ち帰り他職員に報告・伝達を行ない身体拘束をしないケアについて学んでいる。家族には利用開始時や担当者会議等で身体拘束をしない事に伴うリスクについて説明している。	
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	事業所内研修にて毎年行っているが今年度は未だ研修を行っていない。日々の入浴時等に全身を看護師に観てもらい全身に異常が無いかを確認している。職員間で情報を共有しケアの統一を図る。		

沖縄県(ライフケアホーム 読谷)

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	現在権利擁護や成年後見制度を活用している利用者は居ないが研修、セミナーに参加し情報の収集に努めている。		
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	契約書、重要事項説明書、医療連携体制指針等を十分に時間をかけて説明している。特に退所条件や利用料、起こりえるリスク、医療連携など詳しく説明し同意を得ている。		
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	運営推進会議の開催時に、利用者や家族代表からの意見を、構成員にて意見交換している。	利用者の意見は日頃の関わりの中で職員が個別に聞き取ったり、広域連合からの介護相談員を介して聞いている。家族には意見箱を設置したり面会時や行事参加時に聞くようにしているが特に運営に反映する内容はなく、個別ケアに関する意見が主となっている。	
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	会議の場で管理者も同席し出された疑問点や意見は否定せず受け入れる事を心掛けている。また年2回代表者による職員面談を設けている。	月1回のミーティングや毎朝の申し送り時に職員の意見を聞いている。職員からの行事計画を受けて勤務表を作成したり、利用者の状態に応じて勤務時間を調整している。職員の希望休も通りやすく、職員は管理者に意見を伝えやすい環境になっている。	
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	年に2回の代表者による面談にて査定する。努力次第で昇給に反映される。個人のスキルアップにも繋がる。人員不足の解消には至ってはいないがユニットごとではなく全体で配置の調整をしている。		
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	個人に適している研修会をすすめている。法人内であれば勤務調整をして協力している。		
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	グループホーム連絡会に入会し県内の同業者と交流を図りサービス向上に取り組んでいる。		

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	傾聴する姿勢を常に行っている。情報共有を徹底し良いサービス提供を行っている。		
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	ケアプラン作成後に職員間で情報を共有し利用者、家族との関係づくりに努めている。		
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	利用者、ご家族様の必要としている支援を提供できるよう努めている。		
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	利用者と共に生活の中で出来る事を共に行っている。		
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	利用者、ご家族様の必要としている支援を提供できるよう努めている。		
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	利用者の生活歴や家族からの聞き取りによって、入居者を理解し馴染みの関係が維持できるように努めている。	地元出身の利用者が多く、隣接するデイサービスや小規模多機能の地域の利用者と交流したり、日頃から村内をドライブしたり、地元のエイサー祭りに参加し関係を維持している。	
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	利用者同士が良い関係が作れるような雰囲気作り等を考慮しながら支援している。		

沖縄県(ライフケアホーム 読谷)

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	希望があれば相談に応じ良好な関係を維持できるように努めている。		
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	日頃の関わりの中で本人の思いや希望を聞き取り、職員間で情報共有し支援できるように努めている。	入居時や担当者会議時、日頃のケアの中で利用者の思いや意向を本人・家族から聞き取っている。畑をしていた利用者が畑に行きたいとの希望があり、敷地内に畑を作り利用者が行き来できるように環境を整えた。	
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	入居前にアセスメントを作成し本人とのコミュニケーションを取る中で本人の暮らしの情報を記録し家族からの情報も参考にしていく。		
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	職員間で情報を共有し偏った見方をせず一人ひとりが有する力を活かせるよう支援しています。		
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	職員が日頃の様子を見て本人や家族と話し合った上で、利用者にとって心地よい介護計画を作成している。	3ヶ月に1回モニタリングを行ない、介護認定更新時に介護計画の見直し、状態変化がある場合は随時見直している。担当者会議には利用者・家族が参加し、職員が会議に出席できない場合は担当者会議前後に職員へ聞き取り・確認を行ない介護計画を作成している。	
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	個人記録に表情や言動など細かな事まで情報を記録し職員間で情報共有できるようにしている。		
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	利用者の思いや家族の思いをくみ取り、常に寄り添って安心した生活をおくれるように努めている。		

沖縄県(ライフケアホーム 読谷)

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	地域の方との交流を深め利用者が施設外での楽しみができる様に支援します。		
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、利用者やご家族様の希望に沿っています。受診が必要な場合は事前に病院に連絡し状況を伝えたり、状況が先生に的確に伝わるように経過をまとめた用紙を渡すようにしています。	本人の希望を確認し現在全員が協力医をかかりつけ医としている。受診の際にはご家族に情報提供書をお持ちいただき、診療結果は、即日職員に周知し情報を共有している。ドクターオンコール体制で緊急時に備えている。	
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	利用者の体調い変化があるときは夜間帯でも看護師に報告し状況を確認してもらってます。状況によってはご家族に連絡し適切な受診ができるように支援してます。		
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。	利用者が入院した場合には、看護師を通し定期的な報告が受けられるようになってます。退院後も医療関係機関との連絡を密に取り、相談、指示が受けられる関係作りをしていきたいと思ってます。		
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	契約の段階で、重度化した場合における対応にかかる指針を家族、もしくは保証人の方に渡し予め重度化した場合における対応について説明しています。	重度化した場合の指針があり、医療的ケアが必要になった場合は医療機関へ繋ぐとして入居時重要事項説明の際に本人・家族へ説明をし同意を得ている。	
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	急変や事故発生時などの緊急時には24時間オンコールで看護師に連絡し医師の指示を仰いでいます。転倒後のリスクの高い方は常に見守り付き添いを行い、予防に努めています。急変時事故発生時にはマニュアルを作成してます。施設にて定期的に応急手当、初期対応の研修をしてます。		
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	地域の私設消防団と協力体制を作り年2回訓練を行っている。	消防法上年2回の防災訓練を行うことが義務となっているが、今年度は火元責任者が選任されて間もないこともあり、訓練は未だ計画の段階で実施に至っていない。通報装置やスプリンクラー、消火器等の設備は整備されている。非常食、水等は3日分備蓄されている。	法人の協力体制を構築し早めの訓練実施が望まれる。

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	同姓介助を心がけ職員一人ひとり意識付けを行っている。	日頃の支援のなかで、誇りを損ねない言葉かけでコミュニケーションとることを徹底している。トイレではさりげなくタオルをかける等プライバシーに配慮している。	
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	希望ややりたい事を自己で決定できるよう努めている。		
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	利用者の希望にその都度対応できるよう職員間の連携を徹底している。		
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	利用者の好みを聴いたり、散髪ボランティアを利用し身だしなみに心掛けている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	配食サービスを利用しており好みの食事を毎日提供はできないが食べたいものがあるば家族に連絡行い看護師に確認を取りながらその都度対応し提供するようにしている。食事の準備や片付けは利用者ができる範囲で支援している。	食事は3食とも隣接する法人からの配食を提供している。おやつは差し入れや、手作りで好きな物を作ることもある。食べたいおやつ(菓子パン等)リクエストにも対応し、食べることを楽しむことのできる支援を行っている。	
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、水分の摂取量の把握をし、記録している。食事が減った際には看護師に相談等行い対応している。水分提供の際には好みの物を提供している。		
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	毎食後口腔ケアの支援を行っている。		

沖縄県(ライフケアホーム 読谷)

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	排泄チェック表の活用。排泄パターンを把握しトイレやポータブルトイレでの排泄が自立できるよう支援している。	排泄チェック表を用いて個々の排泄パターンを把握している。意思表示が難しい方も事前の声掛けにより失敗を減らし、日中は全員トイレでの排泄を支援している。	
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	お芋、ヤクルトの提供。運動のできる利用者様には軽い体操や散歩などの支援をしている。		
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	介護計画に基づいた支援を行っている。本人希望、不穏時は、決められた日、時間に限らず臨機応変に対応している。	入浴の時間や曜日を決めず、本人の希望する時間帯に入浴してもらっている。個浴で同性介助を基本としている。トリートメントやヘアクリーム等、本人のお気に入りの銘柄を使用してもらっている。	
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、自室やソファにて昼寝をされる方がいる。レクリエーション機能訓練等を行い、夜間は室温調整、着替えなどに気をつけ、良眠できるよう支援している。		
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	居宅療養指導の下看護師の管理、指導を受けている。薬情報を保管し、職員がいつでも閲覧できるようにしている。		
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	介護計画に基づいて本人の余暇活動を日課として取り入れている。その他洗濯物干し、洗濯物たたみ、台拭き、食事準備片付け等を職員と一緒にやり役割、気晴らしの支援を行っている。		
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	本人希望時職員付き添いにて散歩や買い物、ドライブ実施。家族と一緒に食事や外出される方もいる。	日常的に散歩や外出で気分転換を図っている。ドライブが好きな方から要望があれば個別で出掛け、買い物に行くこともある。家族と定期的に外食される方もいる。	

沖縄県(ライフケアホーム 読谷)

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	欲しいものはないか利用者に常に声掛けを行い、キーパーソンに連絡を取り職員と一緒に買い物に行く機会を持ち支援している。		
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	ご家族や友人といつでも電話などで連絡が取れるように支援している。		
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	いつも清潔に利用者様が安心して生活できるよう、清掃にも力を入れている。トイレなども広く設けている。	広いリビングにテーブルやソファを設置し、思い思いの場所で寛げるよう工夫している。入居時に居室にテレビを持ち込んだ方も、今はリビングでお気に入りのソファに座りテレビを楽しんでいる。	
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(外の景色が見えるところ)にソファを置きそこで過ごしていただいたり、テラスを設けそこには植木や花を置くことで利用者様に楽しんで頂けるように心がけている。		
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	利用者様に自宅と同様に過ごしていただけるよう、馴染みの物品等を自由に持ってきていただき、心地よく生活して頂けるよう支援している。	本人や家族から自宅環境を細かく聴取し、自宅と同じような枕の位置や方角にレイアウトを工夫し過ごしやすい環境づくりを行っている。ベッドや寝具を持ち込んでいる方もいる。	
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車椅子や歩行にて移動しやすい広さや安全を確保している。毎日、危険箇所はないか確認している。利用者ができることは自立した生活ができるよう工夫している。		