

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	4790100384		
法人名	医療法人城南会		
事業所名	三原あけぼのホーム		
所在地	沖縄県那覇市三原1丁目2番6号 2階		
自己評価作成日	平成 26 年 11 月 13日	評価結果市町村受理日	平成27年3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)】

三原あけぼのホームは、城南会の理念と当事業所の理念のもと、家庭的な雰囲気のなかで、利用者一人ひとりが生きがいのある明るい生活が送れるよう支援しています。日中は、デイケアを活用しながら、利用者に身体面・精神面の変化が見られた場合、医師(主治医)・看護師に速やかに報告し、対応して いただき、その後の指示等を、相談しながら対応するように努めています。

※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=kouhvu_detail_2014_022_kani=true&JigvosvoCd=4790100384-00&PrefCd=47&VersionCd=022
----------	---

【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)】

日頃より馴染みのかかりつけ医が一人一人の利用者の健康状態を把握し疾病予防に取り組んでいる。緊急時における対応も含め医療面での安心が得られている。利用者及び家族の希望により今年度2名の利用者の看取りを経験している。法人全体の理念として身体拘束をしないことを掲げ、利用者の行動を制限することなく本人本位の視点に立って検討している。利用者及び家族の要望に沿い、仏壇や椅子など自宅から馴染みのある物が持ち込まれ生活感のある環境となっている。また居室の壁には写真や手紙・絵画などを飾り付け利用者の生活スタイルに即した個別性豊かな居住空間になっている。

【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26年 12月 25日		

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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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	<input type="radio"/>	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)	<input type="radio"/>	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。]

確定日:平成 27年2月2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	理念を原則とした、利用者への対応やケアの方法に問題がないか考え、ミーティングで再確認しながら、実践していけるよう努めています。	開設当時の管理者を中心に現在の理念を作成している。地域密着型サービス及び認知症ケアの意義を踏まえた理念になっている。職員間で理念を共有する機会には設けていないが、看取りの経験を通して理念に掲げる「利用者の人権と尊厳」を実践している。	
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	地域とのつながりは、なかなか思うように進展できていません。	高校生の介護実習を受け入れている。前回の外部評価で課題に挙げられたが、職員体制等の理由により自治会長や民生委員と話し合う機会を得られていない。今後管理者と介護支援専門員が連携して地域に出かけていくことを検討している。	事業所の職員体制を踏まえた上で、今後は地域の自治会や消防署等の協力を得ながら、近隣の高齢者と日常的に交流できる取り組みも合わせて期待したい。
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	当施設では、直接的な勉強会には行ってはいませんが、法人全体として認知症の講座等を実施しています。		
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	市の担当者に、利用者の状況や活動等を報告し意見交換しながら、サービス向上に努めています。しかし、ご家族の参加は何度かありましたが、地域代表者の参加は、現状思うように至っていません。	2か月に1回定期的に推進会議が開催されている。地域代表の参加は見られない。利用者・市担当職員・管理者のみで開催している時もある。利用者状況・行事活動報告が中心となっており、利用者及び家族からの意見は議事録からは確認できない。	地域の情報を多く有する自治会長や民生委員に会議の推進委員として参加してもらい、提起された意見が事業所のサービス向上に反映されるよう期待したい。
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	市の担当者から、法的手続きや施設運営に関する助言・指導をいただきながら、連携を図っています。	運営推進会議に市の担当職員が毎回参加し情報交換する機会としている。生活保護の方の受け入れ等、市と連携を図っている。市から研修の案内などが届いている。	
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	身体拘束ケアマニュアルを備え、身体拘束をしないケアに取り組んでいます。しかし、玄関の施錠に関しては、利用者の危険防止の為、押しボタン式にしています。	現在身体拘束をしている利用者はいない。夜間4名居室内にセンサーを設置している。身体拘束に関する研修会・勉強会を実施していないが、マニュアルを整備し身体拘束をしないケアに努めている。昼間はいつでも出入りできるよう玄関は自動ドアとなっている。	

沖縄県(三原あけぼのホーム)

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	虐待防止についてのマニュアルを備え、職員は常に意識をもって日々の業務に取り組み、防止に努めています。		
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	権利擁護事業や成年後見人制度について、学ぶ機会があれば積極的に参加させ、マニュアル等を備え、情報提供できるように努めています。		
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	契約書や重要事項説明書に関しては、十分に時間をかけて説明し、利用者・ご家族の疑問や不安をなくし納得した上で、契約を行っています。		
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	入り口に「みんなの声」という意見箱を設置しています。また、意見・要望が話しやすい雰囲気作りを努め、改善点があれば可能な限り、早急に対応するようにしています。	運営推進会議に利用者・家族が参加し、要望や意見を聞く機会としているが、意見は出ていない。利用者への面会が少なく、家族同士が交流する機会はない。利用者からは普段の生活場面で要望を聞いているが、意見や要望は聞かれない。	
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	ミーティングや日々の業務のなかで、意見や提案は積極的に発言してもらい、改善に努めています。また、必要に応じて個人面談も行っています。	月2回職員ミーティングにおいて、行事計画・業務改善・ケアカンファレンスをまとめて実施している。業務改善に関する職員からの意見が記録から確認できたが、ミーティングでは報告事項の内容が中心となっている。個人面談を不定期に実施し職員からの意見を聞く機会としている。	
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	意見・要望等があれば、話し合いの場を設け、可能な限り改善できるよう努めています。		
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	法人内外を問わず、勉強会や研修会があれば積極的に参加するよう努めています。		

沖縄県(三原あけぼのホーム)

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	研修会や交流会の機会があれば、可能な限り参加するよう努めています。		
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	利用者の話をよく傾聴し、常にコミュニケーションをとりながら対応するよう努めています。		
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	ご家族の意向や要望をよく傾聴し、納得していただける説明ができるよう努めています。		
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	利用者のご家族の意向を話し合った上で、他事業所の情報も提供できるように努めています。		
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、利用者を人生の先輩として尊重し、これまでの経験から学んだことを教えていただきながら、お互いの関係を築いていけるよう努めています。		
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	利用者の健康状態や精神状態の変化等には、ご家族と共に考え、対等な立場で連携・協力して、利用者を支援するよう努めています。		
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	ご家族や知人の写真等を、居室内に飾ったり、面会もオープンにし、外出・外泊も積極的に支援するよう努めています。	職員ミーティングにおいて介護からの情報を共有する仕組みがなく、これまでの馴染みの関係を継続する根拠としてのアセスメントがとられていない。家族と馴染みの場所へ出かけたり、時には外泊する利用者もいる。以前より通っている医療デイを継続して利用し馴染みの関係を継続している。	

沖縄県(三原あけぼのホーム)

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	食堂兼リビングでの座席配置には、特に気を配り、利用者同士が孤立したり口論しトラブルに発展しないように努めています。		
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	サービスが終了しても、本人への面会やご家族との連絡は取れるように努めています。		
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	日々の関わりを通して、利用者の希望や意向を把握し、可能な限りの対応に努めています。また、困難な場合は、ご家族等に協力していただきながら支援しています。	2名の利用者の看取りを通して、職員は利用者の意向を把握することの意味を職員会議等で確認した。普段の生活場面で担当職員が利用者の思いや希望は聞き取り、ケアカンファレンス等で話し合い本人本位に検討している。	
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	利用者やご家族からの情報を得ながら、これまで過ごされてきた経緯を把握しながら、支援できるよう努めています。		
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	毎日の健康チェックと経過記録等を申し送りにて情報を共有し、利用者の状態や変化を把握するよう努めています。		
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	利用者やご家族、必要な場合は他のサービス事業所の担当者からも情報を得ている。職員間で話し合い、問題点・対策・留意点を記載している。	随時のケアプランの見直しをした記録は確認できなかったが、更新時期に担当者会議を行いケアプランの見直しを行っている。定期的なモニタリング評価は行われていない。介護支援専門員は交代して間もないため、利用者一人一人の一連のマネジメント業務に取り組まれていない。	
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	利用者の日々の様子や変化等は、個別に記録しています。また、職員が情報を共有して実践や介護計画の見直しに活かしています。		

沖縄県(三原あけぼのホーム)

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	利用者やご家族の要望等、状態や状況に応じて可能な限り、柔軟に対応・支援するよう努めています。		
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	地域資源を活用しての支援はまだまだである。		
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	受診は、主治医が当法人の医師なので、定期受診はもちろん、変化があればすぐに診ていただいています。また、専門診療が必要な場合は、紹介状を書いていただいて、速やかに対応しています。	利用者が従来から受診していた同法人の雇い付け医を継続受診している。定期受診や同法人のデイサービス利用時に職員同伴し状態報告を口頭や書面で報告している。医師の返書で治療方針や状態変化を確認共有し、家族の面会時に主治医の所見等報告している。	
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	利用者に身体面・精神面の変化があれば、速やかに報告・相談しています。		
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	入院時の状況を、ご家族と病院側と情報交換を行いながら支援しています。時々、面会に行き利用者の状態を確認しています。		
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	主治医から、ご家族へ重度化・終末期のあり方を説明していただき、看取り介護に対する同意書も作成して、ご家族の要望に沿った支援に努めています。また、管理者は、月1回看取りに対する勉強会に参加しています。	利用者の重度化や緊急時・終末期に関しては主治医から事前の説明があり、利用者家族と段階的な延命処置に関する同意書を交わしている。家族の多くは法人内医療機関の転院を希望することが多いが、職員研修を重ね主治医の協力もあり施設内の看取りにも対応している。	
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	緊急時マニュアルを備え、主治医・ご家族・救急への連絡体制はとっている。応急手当や初期対応の訓練は定期的には行っていないです。		

沖縄県(三原あけぼのホーム)

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	消防訓練を通して、災害に対する対処法を身に着けるよう努めています。しかし、地域との関わりが進展していないので、協力体制は課題である。	夜間想定での火災訓練を消防署に届け自主訓練し、今年度中に再度昼夜を想定した避難訓練の実施を予定している。同ビルの3・4階は法人所有の民間用アパートで職員が居住しているが、地域住民との連携を模索したいと考えている。停電にはカセットコンロを備え食料その他の備蓄もしている。	介護事業所の災害対策では年2回以上の災害避難訓練の実施が「消防法施行規則第3条」に詠われている。利用者の安全な生活を提供するため 地域連携のもと災害避難訓練の実施を期待する。
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	利用者の人格を尊重し、上から目線ではなく、人生の先輩として敬意を払いながら、支援するよう努めています。	利用者の笑顔の表情を重視してゆっくりと穏やかに目線を合わせて敬いの姿勢で対応している。利用者の「自室でゆっくり寛ぎたい」「昔話を話したい」「民謡を楽しみたい」「洋裁をしていたので手作業等得意なことを手伝いたい」など要望に沿った内容で支援し個人の生活を尊重している。	
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	利用者の思いや要望があれば、傾聴し可能な限り自己決定できるよう支援しています。		
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	可能な限り利用者の意見を尊重しながら、本人のペースで過ごせるよう支援しています。		
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	これまでの身だしなみやおしゃれができるよう、ご家族にも協力していただき支援しています。		
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	もやしのひげ取りやお膳拭き等、利用者のできることは手伝ってもらいながら、食事作りをしています。おやつ作りでは、ホットケーキやピラヤーチ一等を、利用者と一緒に楽しく作っています。	食事の副食は3食とも業者委託しているが、主食とみそ汁は業者のメニューに沿って事業所内で調理している。手作業の得意な利用者は下拵えに参加しピラヤーチ等のおやつ作りや誕生会等も楽しんでいる。外食はドライブしながらパンケーキやファーストフードのハンバーガー等利用者の要望に沿った支援をしている。	
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	食事量や水分量は、毎日チェックし記録をとって把握するよう努めています。また、食欲不振の利用者には、経腸栄養剤を活用しています。		

沖縄県(三原あけぼのホーム)

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	起床時や毎食後の口腔ケアは、利用者の状態や状況に応じて支援しています。口腔内のトラブルが見受けられた場合は、ご家族に連絡をとり歯科受診につなげています。		
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	日中は、可能な限りトイレ誘導するよう支援しています。	利用者の尿便意の有無や排泄パターンを共有し支援している。現在昼夜おむつ使用者は2名であるが日中の声掛け誘導やリハビリパンツ使用者も排泄の自立を模索し、福祉用具の導入等一人ひとりにあった支援を検討している。トイレはフローアと居室側に2か所の計3か所ある。	
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	日々の排便状態を記録し、食事や水分摂取量・運動等に配慮しています。必要であれば、主治医・看護師に相談を行っています。		
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	入浴は、週3回になっていますが、利用者の体調や拒否がある場合は無理強いしない対応を行っています。	入浴は個浴で基本的に同性介助の支援をしている。入浴を拒否する利用者には時間を変えたり誘導職員を変える等工夫している。浴室はフローア・居室から離れて浴室更衣室が引き戸・カーテンの仕切りがあり、プライバシーに配慮している。入浴後の整容や皮膚管理・爪切り・水分補給などを支援している。	
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、良眠できるようデイケアの活用や当施設での活動を取り入れ、一日の生活リズムが崩れないよう支援しています。		
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	服薬については、利用者一人ひとりのお薬を職員間で必ず確認してから服用させています。お薬の変更や臨時薬があれば、連絡事項に記録し、内容や副作用について申し送りするよう努めています。		
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			

沖縄県(三原あけぼのホーム)

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	利用者の気分転換を図る為、ドライブや屋上での日光浴等行っています。また、ご家族との外出・外泊等の支援にも努めています。	利用者の要望に沿って瀬長島等に月2・3回ドライブしているが、1時間程度の距離で往復が負担にならないよう配慮している。又事業所周辺の散歩や屋上で日光浴を楽しんでいる。同法人のデイサービスに定期的に通所している利用者も多く事業所から外出する機会が多い。家族との外出や外泊の支援も行っている。	
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	利用者自身で所持しておきたい方には、金額を決めて所持してもらい、必要に応じて買い物等を行っています。		
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	利用者からの要望があれば、柔軟に対応するように努めています。		
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	室温・テレビの音量・照明等には、十分配慮し、壁には季節感を出すための飾りつけをして、心地よく過ごせるような工夫をしています。	駐車場・玄関から階段とエレベーターが併設され事業所内の玄関前に通じている。玄関を入ると採光の良い木彫の落ち着いた食堂兼リビングとなり、台所詰所が隣接し調理の様子や利用者の活動や介助状況に応じた支援し易い配置である。居室を挟んだ廊下も広く壁や棚には季節毎に装飾され過ごしやすい環境に調えられている。	
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	共有空間にテーブルやイス、テレビ等を配置して、利用者が思い思いに過ごせるよう居場所を工夫しています。		
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	利用者が使用していた、身の回りの物や家具・テレビ等を持ち込んでいただいて、落ち着いて過ごせるよう工夫しています。	居室にはベッド・整理筆筒と洗面化粧台が設置され、ガラスの引き戸を開ければベランダに通じて季節ごとの光や風が感じられる。利用者家族の要望に沿い仏壇・TV・ラジオ・湯沸かしポットや椅子などを持ち込み、壁には写真や手紙・絵画などを飾り付け、利用者の生活スタイルに即した個性豊かな居住空間になっていた。	
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	手すりを設置して、可能な限り利用者の動線上に物を置かないよう、安全で自立した生活が送れる工夫をしています。		