

### 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	4770800375		
法人名	医療法人太陽会		
事業所名	グループホームていだの家		
所在地	浦添市仲西3-9-11		
自己評価作成日	平成21年9月23日	評価結果市町村受理日	

※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	<a href="http://www.kaigojoho-okinawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4770800375&amp;SCD=320">http://www.kaigojoho-okinawa.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=4770800375&amp;SCD=320</a>
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 沖縄県社会福祉協議会		
所在地	沖縄県那覇市首里石嶺町4-373-1		
訪問調査日	平成21年10月16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)】

母体法人の医院と医療連携を図りながら、入居者の日常的な健康管理や状態変化時の迅速な対応、家族への連絡を行っている。  
 静かな住宅街にあり、家庭的な環境の中で入居者ひとりひとりがその人らしく生活できるよう取り組んでいる。  
 外部研修へ積極的に参加して新しい知識・技術の習得、研修に参加したことをミーティングなどを通して報告会を行い、また法人内の定例会議に参加して事業所全体でのスキルアップを図っている。

【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)】

当事業所では週1回職員間でミーティングを行い、入居者に関する情報を共有し職員からの意見をすぐに実践場面に反映させている。また隔日ごとの入浴及び入居者一人ひとりの排泄パターンに合わせた排泄支援を行う等、入居者の清潔面の配慮が十分に感じられる。さらに緊急時におけるかかりつけ医への連絡及び連携が取れており、特に医療面において入居者及び家族から高い信頼を得ている。今後も近隣の商店街に買い物に出かけたり、地域の公民館での認知症に関する講演会を開催したり等地域との関係づくりを継続し、さらに職員間で作り上げた新しい理念に基づき尚一層の実践の取り組みを期待したい。

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 ↓該当する項目に○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. 全くいない
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、生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している (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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	今月職員全体で理念を見直し、地域密着型サービスをふまえた新しい理念をおやつ時間に唱和して全職員で共通理解して理念が実践できるよう取り組んでいる。	職員から「理念が堅苦しくて分かりにくい」との意見を受けて、その後約2か月かけて職員間のミーティングで話し合い、現在の3つの理念をつくりあげている。家族から「分かりやすい」との声が聞かれる。	
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	近隣自治会に加入して自治会行事に参加や近隣商店や美容室を利用してあいさつをしたり、ホーム内敬老会に地域を招くなど地域の中の一員として交流を図っている。	自治会の盆踊りや苗木を植える作業に入居者と一緒に参加している。また入居者と一緒近隣の商店街に買い物に出かけたり馴染みの散髪屋さんに行ったりして、地域の人たちとは日常的に顔をあわせている。	
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	地域住民を対象としたホーム内での認知症講座や自治会などを利用しての出前講座を行っておらず、今後開催に向けて取り組んでいきたい。		
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	概ね2ヶ月に1回、運営推進会議を開催し、活動内容などを報告、また多職種から形成される委員の方々から意見や提案をもらい、ホーム内の活動に反映させている。	平成19年から2か月に1回定期的に会議が開催されている。委員からの意見を受けて、今後、地域の公民館で認知症に関する講演を予定している。また今年から介護福祉士養成学校の実習生が入り、人材育成としてのホームの役割があることも委員の方へ伝えている。	
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に取り組んでいる	市町村担当者からFAX・TELでの情報提供、認定更新時の情報提供、市の集団指導で助言・指導を受け、連携を図っている。	市町村と日常的に連携が取れるように積極的に浦添市のグループホーム連絡会や地域包括支援センター主催の事例検討会へ参加している。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス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	ホーム内ミーティングで身体拘束ゼロへの手引きを参考資料に「禁止の対象となる具体的な行為」の共通認識を図って身体拘束ゼロに取り組んでいる。	日中玄関は鍵をかけず夜間帯は市内で放火事件があったため、現在は防犯のため閉めている。以前は非常階段から外へ出ようとする入居者がみられたが、現在は入居者のほとんどが車いすを利用しているため外へ出ようとする場面が見られない。	

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	ホーム内ミーティングで高齢者虐待防止について学んでいる。高齢者虐待防止を高齢者虐待テキストを取り寄せて理解を深めるよう取り組んでいる。		
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	パンフレットや関係資料で制度について周知しているが、現在活用にはいたっていない。		
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	対面にて落ち着いた環境(相談室)でわかりやすく説明している。説明に対して疑問や確認したい点を聞き返答して納得の上で同意を得ている。また読み直して確認したい点は後日確認できるようにしている。		
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	利用者や面会時の家族に問いかけ、何でも言いやすい雰囲気づくりをしている。出された意見、要望はミーティングで話し合い反映させている。	家族から出された要望や意見を職員間のミーティングで話し合い対応している。それでも解決が難しい案件は運営推進会議に挙げて解決方法を検討している。	
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	ホーム内ミーティングや申し送り時に職員からの意見や提案を受けて業務に反映させたり、ミーティング前に職員より議題を収集している。	週1回の職員ミーティングにおいて、職員から業務(勤務体制や食事・排泄バイタルチェックを一つの様式にまとめる等)の見直しについての意見を受けて管理者と一緒に検討している。	
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	代表者は定期的(訪問診療)や行事開催時にホーム内に伺い職員の業務体制を把握したりTELや文書にて職場環境の整備に努めている。		
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	代表者は職員の質の確保や向上に向けた育成を理解し、積極的に働きながら研修に参加させている。また研修資料がいつでも閲覧できて研修参加していない職員も研修内容を共有できるようにしている。		

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	今年4月より沖縄県グループホーム連絡会に加入し、連絡会や交流会に参加、また浦添市グループホーム連絡会で互いに情報交換を図りながらサービス内容の向上に取り組んでいる。		
<b>II.安心と信頼に向けた関係づくりと支援</b>					
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	事前面談で本人より要望や困っていること、不安なことを聞き取り、安心して生活できるよう個々に合わせた関係づくりに取り組んでいる。		
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	事前面談で家族より要望や困っていること、不安なことを聞き取り、ホームで取り組めることを話し合いながら家族との信頼関係づくりに取り組んでいる。		
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	サービス担当者会議で入居前に必要なとしているサービスを見極めて検討項目や課題として他サービスも含めた対応もできることを確認している。		
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	職員は入居者と共に同じ時間を過ごす中で一緒に喜んだり、楽しんだり、また不安なことなどを分かち合いながら支えあう関係を築いている。		
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	面会時や必要に応じて家族と連絡を取り合いながら日々の報告や介護記録の閲覧、相談を受け、信頼関係を築きながら入居者を共に支えあっている。		
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い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	入居前から利用していた美容室に行ったり、お盆など行事で一時帰宅してこれまでの関係を継続したり、なじみ深い人が面会に来たりとそれぞれの生活習慣を尊重している。	現在の入居者の多くはかかりつけ医の医院からの紹介で入っている。以前芸能の師匠をしていた方は、入居早々から弟子の方の面会が頻回に見られ、現在までその関係が継続している。	

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
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	レクや食事やおやつなどの入居者同士が共同で過ごす場面では職員と一緒に関わり、会話をしたり楽しく過ごせるよう利用者同士の調整役となっている。		
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	サービス終了後も相談や関係機関の手続きを行うなど必要に応じた支援で断ち切らない関係作りに取り組んでいる。		
<b>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</b>					
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	日々関わりの中、本人の話す内容や表情から生活への希望や意向の把握に努め、家族からも情報を得るようにしている。	自分から希望を伝えることのできない方は、家族からこれまでの生活歴や入居者本人が得意なことなどを聞いて支援内容につなげている。テレビをみて急に泣き出したりしたときには、「何か昔のことを思い出しているのではないか?」と想像して本人の意向に沿うべく検討をしている。	
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	入居までの生活歴や既往歴、サービス利用状況などをアセスメント表に記載し把握に努めている。		
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	一日の様子、生活リズムやできたことなどを介護記録してひとり一人の全体像把握に努めている。		
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	本人、家族より意向を聞き、サービス担当者会議を通して出た内容や意見を反映して介護計画を作成している。	6か月に1回家族も参加してケアプランの見直しを行なっている。会議の場面において、「以前住んでいた時は清潔が保てなかったが、現在はいつも清潔な身なりになっている」と家族の方からホームでの生活支援内容に対して信頼の言葉が聞かれている。	会議等において家族や職員からの意見・情報共有は行われているが、介護計画や実際のケアにつなげられるマニュアルや記録の整備を期待したい。
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	日々の様子やケアの実践、気づきや工夫を介護記録に記入し、全職員で情報を共有しているが介護計画の見直しに活かしていない。		

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	急な状態変化に伴う急な受診など家族と連絡を取りながら柔軟に対応している。		
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	運営推進会議で地域の情報を提供してもらい、またどのような地域資源があるのかを把握している。		
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	本人又は家族希望の主治医による月2回の居宅療養管理指導(訪問診療)、状態変化時の外来受診を行っている。	入居者が夜間に急に発熱されたが、すぐにかかりつけ医の往診を受け入院につなげる等、かかりつけ医と連携を図っている。	
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	同法人の看護師に状態を報告して指示を受けたり、看護師が訪問して医療連携を図っている。		
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。	入居者が入院した場合、病棟職員や相談員より入院時の情報提供をいただいたり、退院前のカンファレンスに参加して状況把握している。		
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	重度化対策指針を作成し、家族に説明・同意・署名・印・交付を行っている。	かかりつけ医から家族に対して、「入居者本人が重度化してもそのままホームで生活することができます」と説明している。入居者本人からの意向は確認できないため、管理者は重度化対策指針を通して家族と方針を検討していく予定である。	
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	緊急時の対応マニュアルは作成しているが、全ての職員が応急手当や初期対応の訓練を定期的に行っていない。		

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	災害時における消防計画を作成しているが、まだ避難訓練を実施していない。	居室のある1階と2階にそれぞれ消火器があるものの、緊急通報装置は設置されていない。入居者は通常移動にはエレベーターを利用しているが、緊急時には外階段から外に出ることができるようになっている。今後法人の防火管理者と協議して防災計画を作成する予定である。	当ホームは入居者の居室が1階と2階に分かれているため、夜間火災が発生したときに夜勤者一人で入居者全員を避難させることには限界があるため、今後は早急に夜間を想定した避難訓練の実施が望まれる。
<b>IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援</b>					
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	認知症介護に求められる尊厳を意識してゆっくり丁寧な言葉づかいを心がけている。またプライバシーが保たれるよう自室での介護時はドアを閉めている。	一人ひとりの居室ではドアがあり、個々のプライバシーが保たれている。家族が面会に来た際には、共用空間ではない1階で団欒してもらっている。また、個人情報の取り扱いに関するマニュアルを研修等で周知徹底し、十分に注意を払っている。	
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	レクやテレビで選択肢をいくつか設けて入居者が選択・決定して実行している。		
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	大まかな一日の流れはあるが、枠に当てはめずにその人らしい生活が送れるように希望を聞いている(レク・テレビ・昼寝・買い物・通院リハビリなど)		
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	以前から着ていたお気に入りの衣類を入居者の希望で着ている、外出や敬老会などには外行きの服を着ておしゃれを楽しんでいる。カットや白髪染め希望の入居者には家族と連絡を取り美容室に行っている。		
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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	食材の買い物に入居者が同行することがあり買い物カゴに入れて、食用水をペットボトルに入れて準備したり片付け時にお膳を運んだりしている。食事中に職員は介助を行い一緒に食事はしていない。	事業所内で食事が調理されており、入居者が材料の皮をむいたり、包丁で野菜を切ったり、後片付けの皿洗いをしたりと自分のできる事をしてしている。また、面会に来る家族と一緒におやつを食べたりと、楽しいひとときを過ごすこともある。	
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	その人に合わせた食事形態で食事を行い、食事量を記録して栄養バランスは法人の食事メニューを参考にしている。		

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
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	自立できる入居者には声かけ促し、介助の必要な方には介助にて毎食後、洗面台にて口腔ケアを行って清潔を保っている。		
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	オムツ使用者がホール活動中に排泄の訴え時、トイレに移動し排泄を行っている。また定時の声かけにてトイレでの排泄自立を促している。	約半数の入居者が常時オムツを利用しているが職員は一人ひとりの排泄パターンを把握しており、排泄が出ていると想定される時間におむつを取り替えている。また、ホームでは排泄の臭いがまったく感じられない。	
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	排便記録にて排便パターンを把握、下剤服用にて排便対応しているが、飲食物や運動、個々に合わせた便秘予防まで取り組めていない。		
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	個々の身体状況に合わせて移乗時の皮膚剥離の危険性が高いときは職員二人体制での入浴を実施している。入浴に入りたがらない場合は時間や日を変えて納得してもらっている。	隔日ごとに入浴を行なっている。大柄な入居者や立位保持が難しい入居者の場合には2人介助で入浴を行っている。浴室が1階にしかないため、2階の入居者は職員と一緒にエレベーターで1階に下りて浴室まで移動している。	
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	日中の活動を促し、生活リズムを整えるよう努めている。個々の生活習慣でお昼寝をしたりレク中にベッドで休憩したりしている。睡眠状況を把握し安眠できるよう眠剤を服用している入居者もいる。		
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	服薬ファイルを作成し、薬の内容を全職員が把握できている。服薬時は入居者の状態に合わせて手渡しで服用・介助にて服用と対応、薬変更時の症状変化を確認している。		
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	ホーム内行事での担当役割や職員と一緒に作る共同作品などできることの役割作りをし、職員から感謝の言葉を出すように努めている。		



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
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	外出前にチラシなどでイベントや行きたい場所を確認し、車椅子の入居者は同法人より車椅子対応車を借り外出している。また近隣散歩などホームの外に出る機会を作るよう取り組んでいる。	日常的ではないが、歩いて移動できる入居者と一緒に30分ほどかけて近隣の団地まで散歩している。職員が付き添って大型スーパー・ホームセンター・大型電気店などトイレが完備されている場所での買い物をしている。	
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	小額を家族から預かり、外出時に買い物するなど金銭のやりとりで社会性の維持につなげている。		
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	外出で迎えに来る家族に迎え時間確認で電話をしている。遠方家族より手紙を受けたりしているが、手紙を送ったりは取り組めていない。		
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	家庭的環境の中で安心して生活ができるよう適度な光や温度、色合いや音量調節し、生活感のある家具や道具を置いて心地よく住んでいる家だという意識を高めてもらいようにしている。	共用空間は、生活感が漂うテーブル・ソファが置かれ、適度適量の明るさや音楽等の中で、入居者は趣味の編み物をしたりと居心地のよい場となっている。また、家庭的な広い台所と大きな食卓テーブルの配置は行き来がしやすく、調理等の下準備や活動しやすい空間となっている。	
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	2階にある食堂と居間は同一場所であり全体的に視野に入りやすく、1階の居間を活用して家族が面会に来たときにくつろげるスペースを確保している。		
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	使っていた家具や使い慣れている道具などの持込について、まだまだ充分ではない。	家族に協力を働きかけ、居室には以前使用していた目覚まし時計等の馴染みの物を持ち込み、現在も使用している。また利用者の作品が壁一面に貼られていたり、その人らしい居心地のよい居室づくりとなっている。	
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	車椅子でも移動がしやすいように段差解消して車椅子での移動が自立できる生活を送っている。またちょっとした段差からの転倒予防になり独歩でも歩行がスムーズにできている。		