

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	沖縄県糸満市宇伊原107-1		
自己評価作成日	平成21年11月15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	http://www.kaigojoho-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	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12月5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、南部の国道331号線沿いに面しており、毎年12月には那覇マラソンの応援をみんなで行っています。周囲はサトウキビ畑等に囲まれ、緑豊かな環境にあり、また、ゲートボール場もあります。同敷地内にはクリニックも併設しており、医療面でも安心して過ごせます。建物内部も明るく清潔で広々とし、各居室の窓からは緑の丘が見えてのどかな風景が広がっています。職員は看護師を2名配置している他、介護職員は全員が介護福祉士の有資格者でケアも充実しています。「認知症サポーター養成講座」やレクリエーションの出前講座等、認知症に関する啓蒙活動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)】

当ホームでは、日常的な買い物やドライブを通じた地域の方々との交流以外にも、地域住民へ向けた「認知症サポーター養成講座」や利用者も同席しての「ミニデイサービスでの出前講座」を市内で頻繁に開催し認知症に関する啓蒙活動が行われている。また利用者の生活歴やアセスメント情報に基づいた一人ひとりの役割が生活場面の中で取り組まれている。利用者の状態が急変した時には、隣接するクリニックの援助を受けて看護師でもある管理者と常勤の看護師が迅速に医療機関へつなぐなど、医療面に対する安心が利用者だけでなく家族から得られている。

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、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている (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。	創設時に管理者が理念の原案を練り、その後職員と話し合っって現在の理念を作成している。沖縄方言が理念に盛り込まれ誰にでもわかりやすいスローガンとして各所に掲示されている。管理者・職員とも広報誌や定例ミーティングを通して理念の内容が共有されている。	
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	・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。	市内の公民館で行われるミニデイサービスの講座に職員と利用者が参加し、寸劇等を通して認知症の理解を深めている。また大正琴等のボランティアを積極的に受け入れている。近所のスーパーで買い物をして、利用者や店員が顔なじみになっている。	
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。(8~10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(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。	定期的に会議が開催されている。会議にて、地元公民館の活用方法や家族から事業所に対する思い等それぞれの立場から積極的な意見が交わされている。会議の内容は議事録として後日参加委員の方々に郵送している。	
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。	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、支援が難しい事例や法令制度に関する情報を交換している。また市の行事を事前に知らせてもらい参加するなど、日常的な信頼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	・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。	午後6時から朝7時までの間は、玄関を施錠している。それ以外の時間帯は利用者が自由に外に出られ外にある喫煙所を利用する方もいる。帰宅願望がある方に職員が付き添うが、足腰の痛みを訴え長時間歩くことはない。	

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	・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。 ・身体的虐待については、入浴時にうっ血斑や傷等の確認をしている。		
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	管理者は「権利擁護推進員養成研修」に参加している。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。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。介護報酬の改訂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	・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。	運営推進会議の家族参加を輪番制にして多くの家族から意見が聞けるような仕組みが取られている。家族から利用者に対する思いやホームに対する意見が聞かれる。	
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。	介護職だけのミーティングを行い、そこで職員間で出された意見を月1回の全体ミーティングへ提起している。提起された意見・要望に対して管理者は、現状で出来ることを具体的に改善している。例えば、調理日のメニューや勤務体制に関する要望等がある。	
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	・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。 ・休暇や勤務希望はできるだけ要望通りに受け止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	・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ている ・月刊誌(デイ)の定期購読。 ・介護福祉士の資格取得を勧めている。		

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
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。		
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)		
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をしている。		
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やっている。 ・庭の掃き掃除は男性利用者と一緒に行っている。		
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	・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	・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。	旧盆の時に利用者の自宅へ帰省したり、幼い頃過ごした自宅周辺や海等へ出掛けている。また面会の少ない家族に対しては、積極的に行事への参加を促している。	

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	・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。		
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している。 ・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。	利用者から言葉で希望があまり聞かれないため、家族から思いや希望を聞いている。また、利用者のこれまでの生活から本人が好きで、ミシンでの雑巾縫いや砂糖てんぷらを揚げてもらう等を行っている。	
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	・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。	サービス担当者会議には家族だけでなく利用者本人も参加している。ケアプランの内容が確実に実施されるように介護実施表にチェックをつけている。サービス内容が中断している場合は、全体ミーティングで報告し今後の支援内容を検討している。	
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、介護記録表にはその日の出来事等を毎日記録し、また、申し送りノートも活用して情報の共有化を図り、ケアに活かしている。		

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
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は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。 ・併設のデイサービス利用者と毎日のように交流している。		
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	・個々の希望に応じてかかりつけ医を決めてもらっており、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。	全員が隣接するクリニックがかかりつけ医となっており、緊急時は時間に関係なく往診し状態を診てもらっている。入院時は看護師でもある管理者が看護記録を入院先へ提供し医療機関へつないでいる。過去2人入院したが、入院時から退院に向け準備を行い早期に退院している。	現在入院時の手続きなど医療機関との連携は、管理者と別の看護師が中心となって行っている。このような医療的援助は利用者や家族から大きな信頼が得られており、今後も継続していただきたい。
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	・日常的に介護職と看護職が1名いるので情報交換、相談、指導はリアルタイムに行われ、また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。	入居時にホームでの看取りについて、事前確認書を提示しながら家族へ説明して確認している。酸素吸入・吸引・点滴以外の医療処置は行わないことを説明している。看取りの指針および家族への同意については、今後の検討課題となっている。吸引の対応方法については、今後職員間で研修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	・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	・年1回消防署の職員の派遣を依頼し、地域住民の協力も得て自衛消防訓練を行っている。スプリンクラー設置を年内に実施予定。	自動火災報知設備が設置しており、緊急連絡網・連絡方法・避難手順・避難経路図もホーム内に掲示してある。近隣住民の協力のもと夜間を想定し、1回は消防署の協力のもと、もう1回はホームで避難訓練を行っている。実際に利用者を避難場所まで2人の職員で搬送する等、実践的な訓練内容となっている。	今後は、夜間に火災が発生し夜勤者1名で9名の利用者を安全な場所まで避難誘導できるのかどうかを実施してほしい。その上でより具体的な検証が行われることを期待したい。
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の尊厳について謳っており、日頃より自尊心を損ねないように心がけている。	利用者のこれまでの生活歴や性格等の情報から、一人ひとりに合わせた言葉かけをしている。職員は、利用者が思っている人物に合わせてそれぞれ娘・息子・夫などの役割にあった言葉で対応している。	
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	・散髪に関しては美容師男女1名ずつと契約し定期的に実施しているが、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	・利用者と職員は一緒にテーブルで食事を楽しんでいる。日曜日は畑で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つったり片付けしたりしている。	以前は食卓の座席をめぐり利用者同志で喧嘩が見られたため、現在は一人ひとりの座席が決まっている。隣接するデイサービス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、日曜日はホーム内で利用者と一緒に調理している。日常的に利用者が準備や片付けを行っている。	
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	・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。		

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	・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。 ・必要時、歯科医の訪問治療も行っている。(義歯作製など)		
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。	利用者全員の排泄状況を排泄チェック表で確認している。夜間はポータブルトイレを利用している方も、日中はトイレで排泄するよう支援している。失禁した時にはすぐにトイレ内のシャワーで対応している。	
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)	現在冬場は週に2回、夏場は週に3回の入浴を行っている。ホーム内には浴室は1か所しかないが、同事業所内にあるデイサービスにも浴室がある。一人で入浴することを好む利用者が多いが、仲の良いデイサービスの方と一緒にデイサービスの浴室で入る利用者もいる。	
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、大工仕事等)		

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"> ・買い物、ドライブは月3~4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。 	日常的に同じスーパーへ買い物に出かけており、店員と顔なじみになっている。毎週土曜日には翌日の食事の食材を購入するため出かけている。近隣のドライブや地元公民館でのミニデイサービスへ職員と一緒に出かけている。	
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"> ・家族の了解のもと、月500円~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。 		
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。 	認知症の高齢者に配慮されたつくりとなっており、ホーム内はバリアフリーで、廊下は運動ができるように広く確保されている。廊下や浴室等各所に手すりが設置され安全に配慮されている。利用者同志でリビングのソファに座りゆったりとくつろげる。食卓テーブルや椅子は木目調で落ち着いた色調。	
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。 		
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木で作成した手すりがある。畳が落ち着く利用者の居室には、ベッドの横に畳が敷き詰められている。その他自宅で使用していたミシンやタンス等が持ち込まれており、一人ひとりの利用者の個性が感じられる。基本的には仏壇以外の持ち込みは可能となっている。	
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	<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。 		