

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 | 2491200115 | | |
| 法人名 | 株式会社 インテック三重 | | |
| 事業所名 | グループホーム 伊賀まち いこいの里 | | |
| 所在地 | 三重県伊賀市野村字安田129-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年6月23日 | 評価結果市町提出日 | |

※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 | |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社会福祉法人 三重県社会福祉協議会 | | |
| 所在地 | 津市桜橋2丁目131 | | |
| 訪問調査日 | 平成 23 年 8 月 29 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)】

入居者を選ばない、選ばれる施設を目指し、認知症疾患に対する注意点の違い、対応の違いを理解し、身体複合的疾患にも対応できる施設です。どんな重傷者でも受け入れ、「生きてよかった」「よい人生だった」と思えるような人生を送っていただく場所です。最期までここにいることができます。又、看取りは家族と共に行える環境を作り、ご家族と共に主治医・いこいの里スタッフが全力を尽くし、最善のラストステージを提供できる施設です。入居費は高いですが、それに負けない介護がここに 있습니다。

【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)】

事業所の運営方針「最後まで一人の人間として、その人らしく生活できるホーム」として終末期まで支援出来る体制づくりが徐々に実施され、大山田及び伊賀まちを統括するケアマネージャーを中心に職員がまとまっている。建屋は民家に近く、道路に面し「ユニバーサルデザインのまちづくり」の適合箇所として誰もが住み易く工夫され、高齢者の新しい拠点となっている。

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 | | | |
|----|------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------|---|-------------------------------------------------------------------|
| 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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 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 | 理念を明確にし全職員に周知徹底を行っている。 | 事業所統括及び管理者は赴任から日が浅く、理念についての職員との共有は今後深めていく段階である。レベルの高い、プロとしての経験と技術を基に職員の教育をしながら社会貢献の出来る事業者を目指している。 | |
| 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 | 保育園の訪問・地域との話し合いは行っているが、記録がない。今後は記録を明記したい。 | 9月には地区の運動会に参加予定であるが、現在は自治会へは未加入で地域との交流は少なく、散歩時に声かけをする程度である。 | 地域との交流を深める為にも、自治会への加入や行事に参加して、事業所自ら交流する姿勢が期待される。 |
| 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 | 地域の方々に向け認知症などの講義を行ったり、相談業務を行っている。 | | |
| 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 | 現在行っていない。 | 現在まで一度も実施されていない。 | 運営推進会議の目的を管理者と職員間で共有し、二ヶ月毎に実施してサービスの向上に活かされる事が望まれる。 |
| 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 | 説明会を行い協力体制を築いている途中である。 | 介護申請代行やケアマネジャーとしての情報交換を市の窓口と行っている。 | |
| 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 | 身体拘束・行動制限に関するマニュアルをもって行っている。 | 徘徊者は二名存在しているが、職員が目くばりながら支援しているため、玄関は施錠していない。その他の身体拘束禁止については、マニュアルに基づきケアマネージャーが指導している。 | |
| 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 | 虐待に関する講習を行い、全職員周知徹底を行っている。又、ケア者ケアを行うシステムを作り、働きやすい環境づくりを行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 権利擁護についての学習機関を設けている。今回尊厳について行った。 | | |
| 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 | 契約の説明は、介護支援専門員・看護師・介護士を含め行い、契約を行っている。 | | |
| 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 | クレーム・アクシデント・ヒヤリハットレポートを積極的に行き、運営に反映させている。又、意見箱の設置により、本人・ご家族のご意見がいただけるようにしている。 | 家族の来所時には気軽に意見交換が出来る雰囲気心がけ、利用者の主担当を中心に意見、要望を聴いている。来所されない家族には、毎月の介護報告、看護報告を送っている。 | |
| 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 | 月に一回のユニット会議・月に一回の全体会議を定期的に持ち、職員の意見を取り入れている。 | 職員と管理者が参加する職員会議で事業所全体の課題や問題を、利用者のケアに関しては担当者会議で、利用者一人ひとりの支援については月一度の会議で話し合っている。職員の個人の意見は管理者が管理する意見箱を設置し聞き取っている。 | |
| 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 | 給料面・接遇面に関しては、個々の職員と面談ができるシステムを持ち、相互納得できるよう運営している。 | | |
| 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 | 個々の学習意向を明確にし、施設内・施設外の研修に参加させている。 | | |
| 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 | 他グループホームとの交流を持つ機会を作ったり、他職種とのかかわりを持たせたりしているが、記録がない。 | | |

| 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 |
| 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 | フェースシート・アセスメントシートを利用し、本人の意思・人生観・生活様式などを確認し、看護・介護計画を本人と共に創るなど意思明確を共通認識している。 | | |
| 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 | 看護一合用紙に明記してあるように、必ず入所理由を聞いている。それによりさまざまな言動のアセスメントを行っている。 | | |
| 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 | 在宅で行われていたサービスを、この施設で継続するシステムがある。その後、本人に合わせてサービスの修正を本人・ご家族を含め検討している。(家族が出席できないときは本人のみ) | | |
| 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 | 職員は介護を行う時を点にし、本人の出来ることは本人にさせていただいている。9つの介護方針を各職員に徹底している。 | | |
| 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 | 当施設は、自分たちも家族の一人であるという意識のもと、ともに悩みともに喜びを共感している。 | | |
| 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 | どんな人(本人にとって必要と本人が思っている人)の入室は拒まずすべて受け入れている。 | 利用者の知人が来所する事もあり、気軽に来所して頂ける雰囲気に心がけている。 | |
| 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 | それぞれの人間関係を持たせるため、レクリエーションなどを積極的に参加させ、社会性を高めている。 | | |

| 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 | 退所されたご家族より相談・訪問があった時は、拒まず対応している。内容は記録していない。 | | |
| 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 | 本人の意思が反映されるよう、ケアプランを作成し、統一したケアを行っている。 | ケアプランの見直し時には改めて希望・意向を聴き、新しいケアプランに反映している。 | |
| 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 | 介護支援専門員・看護師・介護士が本人宅に出向き、本人の暮らし・なじみの家具などを確認。本人・ご家族と相談しながら本人の持ち物を決めてゆく。サービスの経過は、記録物から得たり、サービス事業者を確認している | | |
| 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 | ストレングスモデルに対しては、チェック表を基に分析してる。 | | |
| 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 | 本人の変化があった時・介護保険変更時、本人を交えた担当者会議を行い、本人の意思・家族の意向をケアプランに反映できるよう努力をしている。 | 基本的には六ヶ月毎に見直しており、介護レベルの変化に応じた見直しも随時行っている。支援内容に応じた実施とモニタリングに基づき担当者会議を行い、ケアプランに反映している。 | |
| 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 | 介護職・看護職の記録を行い、月に一回はご家族への報告を行っている。記録は誰でも確認ができるように配慮している。カンファレンスを積極的に行っている。 | | |
| 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 | 本人・家族の状況により、対応を変えている。 | | |

| 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 | 外出支援が乏しいため、「本人の意向がある場合は、福祉サービスの導入にて対応している。 | | |
| 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 | 2回/1カ月の往診・異常時は受診を行い、かかりつけの医師との連携を図っている。 | 利用者全員が事業所の協力医を「かかりつけ医」として二週間に一度の往診を受けている。尚、MRIが必要な場合は受診に行く。 | |
| 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 | 身体的ケアについては、3人いる看護師の指示のもと介護士は動いている。看護師は、主治医の指示に従い看護している。 | | |
| 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。 | 入院になる可能性のある入居者・受診時看護師が同席できないときは、情報提供書をもって病院関係者との連携をもっている。 | | |
| 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 | 最期に対しては、ターミナル計画書を家族と取り交わし、ターミナルケアを行っている。本人・ご家族の看取り確認を行い、本人・ご家族の納得いく最期を目指している。 | 終末期までの支援については、事業所の運営方針として重要事項説明書に記載され、看護師の常駐や協力医との連携体制が出来ている。ターミナルケアが必要になった時点で、家族と話し合いながらターミナルケア計画書及び同意書が交わされ満足感のある支援がされている。 | |
| 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 | 応急手当の研修は行っている。考えられる危機に関しては、看護師よりその都度指導している。 | | |
| 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 | 地域の方々に協力を求めている。 | 発災時の対応手順書は有るが、夜間および昼間での発災時のマニュアルは確認出来なかった。尚、避難訓練及び防災訓練は過去一年間実施されていない。 | 地震、火災等の避難訓練及び防災訓練を定期的実施される事を期待する。尚、市の指定している避難場所を確認し、そこまでの通路の安全確認も同時にしておく事が望まれる。 |

| 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 | 声掛けは十分に行っている。プライバシーにかかわるケアは、自室にて行っている。 | 自室での着替え等プライバシー確保については、ミーティングを通じて職員に徹底されている。 | |
| 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 | 何事も本人の意思のままに行わせている。家族への電話は、介助しながら電話をかけていただいている。 | | |
| 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 | 介護士の仕事は大まかにしか決められていない。利用者の意思のままに生活していただいている。 | | |
| 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 | 本人の思うような身だしなみを行えるよう支援している。 | | |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている | 食事の好き嫌いをお聞きし、できるだけ沿うように対応している。 | 食材は調理師が利用者の希望も取り入れながら、JAに注文し、週二回まとめて仕入れ、事業所で作っている。食事時はサポートを要する方三名を含め、職員と共に同じ物を食べながら楽しいひと時となる様に支援している。 | |
| 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 | 1日1000CCの水分摂取を促し、脱水防止を行っている。食事は自分で食べることをお勧めしている。 | | |
| 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 | 歯磨き口腔ケアを行い、肺炎防止を行っている。 | | |

| 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 |
| 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 | 出来るだけトイレで排泄できる様に配慮している。 | 昼間は普通の布パンツの方が三名で、その他はリハビリパンツでの対応となっている。排泄チェック表に基づきトイレ誘導を心がけ、自立支援に配慮している。 | |
| 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 | 排便コントロールは、看護師によって行われている。看護師は主治医の指示にて行っている。 | | |
| 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 | 保清はその人に合わせた介護を行い、本人の自由に任せている。介助には入って確認している。 | 日曜日を除き毎日が入浴日となっている。男女別々の日に対応し、週二回入浴を基本としているが要望や状態に応じ随時対応している。 | |
| 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 | 入眠時間を強要することなく、夜間不眠者は本人が苦しいと話されたとき対応している。 | | |
| 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 | 看護師の確認下で行われている。変化時は看護師が対応している。 | | |
| 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 | 本人のストレングスモデルをアセスメントし、アクティビティーケアを行い、利用者の気分転換を促している。 | | |
| 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 | 外出支援が思うように出来ていないため、ご家族の支援を経ている。 | 特に暑い日や風の強い日を除き、近くを散歩して五感刺激に配慮している。車椅子の方は敷地内での対応となっており、家族との外出の機会もある。 | |

| 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 |
| 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 | 現在、金銭管理を行っている利用者はいない。 | | |
| 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 | 通信の自由を奪うことなく本人たちの意思を尊重している。 | | |
| 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 | 施設の装飾に関しては、利用者と相談し行っている。 | 建屋全体がユニバーサル対応となっており、高い天井、明るい設計で居心地良く過ごせる雰囲気が感じられる。廊下、トイレ、浴室も広く明るい。中庭には「足湯」ウッドデッキがあり、自由に利用出来る様になっている。 | |
| 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 | 応接セット・食堂・テラスベンチなどを利用し、自由な空間を提供している。 | | |
| 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 | 本人・家族の意向を中心に、畳部屋・ベット・介護ベット・タンス・布団を持ち込んでいる。 | 利用者の希望に応じたベッドが持ち込まれ、畳の部屋やベッドの部屋が介護レベルに応じて配慮がされている。尚、クーラーと物入れは事業所の設置物となっている。 | |
| 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 | ストレングスモデルのアセスメントを行い、本人たちのエンパワメントを支援している。又、利用者の役割づくりを行っている。 | | |