

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 | 0572104297 | | |
| 法人名 | 社会福祉法人 比内ふくし会 | | |
| 事業所名 | 扇寿苑グループホーム | | |
| 所在地 | 秋田県大館市比内町扇田字中山川原56-7 | | |
| 自己評価作成日 | 平成25年10月20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://kaigo-service.pref.akita.jp/kaigosip/Top.do |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人 秋田ハッピーライフセンター | | |
| 所在地 | 秋田市将軍野桂町5-5 | | |
| 訪問調査日 | 平成25年11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)】

利用者が元気に、メリハリのある日常生活を送っていただけるような支援を心がけています。地域に出る機会を増やし、たくさんの方々とふれあい、地域の一員として生活を送っていただけるよう支援しています。

【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)】

当事業所は、法人本体の特養老人ホームと同じ敷地内にあるため、今までの災害対策や食材の一括購入など各種の支援を受けてきたが、その後食材の独自購入に伴い利用者へ嗜好を取り入れた献立づくり、ケアプランの流れや手順を明確にする質の高いサービスの提供などレベルアップに取り組んで来た。特に、事業所独自のアセスメントシートを使い利用者の生活歴や会話に出てくるキーワードをまとめ、一目で分かるよう整備している。また、家族との面会は最低月一回実施し、土・日の休日であっても相談対応を欠かさない姿勢は利用者へのサービスを重視している。

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) | 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) | 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) |
| 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) | 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) | 66 | 職員は、活き活きと働けている (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) | 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) | 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) | | |

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 | 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踏まえた事業所理念をつくり、代表者と管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 理念を掲示し共有して実践を実現に向けて努力している。 | グループホームの理念は、毎年度毎に見直しされ、話し合いで作られている。利用者とのケアの中で具体化されるよう毎日の出勤カード前に掲示されて共有している。 | |
| 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 | 買い物外出やイベントなどの催しなどに出掛けるなど地域との交流に努めている。 | 立地的に近隣には民家が少ないため、市主催・福祉フェスティバルや市内会場での家族交流会、法人主催のコンサート等に参加し、地域と交流を図っている。2日に一回毎の食材購入や買い物外出は希望する利用者と一緒に出掛ける支援をしている。 | |
| 3 | | ○事業所の力を活かした地域とのつながり 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、地域の人々に伝え、地域貢献している | 法人内の劇団サークルにて介護や認知症を題材とした寸劇を披露し演劇を通じて地域貢献に努めている。 | | |
| 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 | 定期的に運営推進会議を実施し、意見交換を行い、サービスの向上に活かせるよう努めている。 | 年6回開催の運営推進会議には、市役所やかかりつけ薬局、民生委員、包括センター、そして家族のメンバーで開催している。年間計画議題を一応設定しているが、会議内容は双方向の議論に乏しく、やや一方的である。 | 運営推進会議のテーマや進め方等にマンネリ化が見られるので、テーマや内容に応じて臨機応変にメンバーを募ったりする工夫やメンバーの意見が双方向の会議になることが期待される。 |
| 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 | 市町村担当者とは運営推進会議を通じて積極的に情報交換を行い、日常的に相談できる関係にある。 | 運営推進会議に市長寿課担当者が毎回参加しているため、相互に話し合いを持っている。グループホームの空き状況や行政からの情報などスムーズに行われている。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|-----|--|--|---|-------------------|
| | | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 身体拘束についての内部研修を行っている。施錠は夜間帯のみ行っている。 | 利用者が外出しそうな様子を見た時、「どこに行くの」ではなく、「一緒に行こうか」と云った、さりげない声かけや安全面にも配慮をしている。また、高齢者の権利擁護や身体拘束に関する勉強会も実施している。 | |
| 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 | 内部研修で学びながら、日々のケアに注意を払い、防止に努めている。 | | |
| 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 | 権利擁護についての研修を実施し、理解を深め必要に応じて、活用できるよう準備している。 | | |
| 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 | 入退去時に於いて十分に話し合いや、説明を行い、同意を得て決定している。 | | |
| 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 | 第三者委員について玄関に掲示。ご意見箱を設置するなどし、面会時や電話での相談を受けてサービスに取り入れるようにしている。 | 家族には、面会や手紙、第三者委員会等で常に問いかけ、何でも言ってもらえるような環境整備に留意している。提出された意見・要望等はパソコンで記録し、事業所運営に反映させている。 | |
| 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 | 職員に対する意向調査があり、代表者と意見交換ができています。また意見をくみ上げて運営に反映している。 | 職員会議は、月1回～2カ月1回の割で開催している。職員の意見は、ユニット毎の会議で集約されている。また、法人内で「職員満足度調査」を実施するなど可能な限り職員の意見を汲み上げる手立てをしている。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------|----|---|---|------|-------------------|
| | | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 勤務実績に応じた研修・資格取得を奨励しており、職員が向上心を持って働けるよう、職場環境や法人の諸規定の整備にも努めている。 | | |
| 13 | | ○職員を育てる取り組み 代表者は、代表者自身や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 | 力量に応じ、施設内外の研修へ参加できるようにし、キャリアパス研修にも取り組んでいる。 | | |
| 14 | | ○同業者との交流を通じた向上 代表者は、代表者自身や管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、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 | 外部研修を通じて、他の事業者と意見交換したり、勉強会でサービスの質を向上させるよう努めている。 | | |
| 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 | 事前面談で本人の困り事や悩みなどを細やかに聞き取り、安心してサービスを受けて頂けるよう信頼関係を築く努力をしている。 | | |
| 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 | 事前面談を通じて、家族との話し合いの場を設け、要望や相談に乗り安心してサービスを受けて頂けるよう関係作りに努めている。 | | |
| 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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする | | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|-----|---|--|---|-------------------|
| | | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 生活の場として日常をともに過ごし、お互いが協力し合い生活できる関係を築くよう努めている。 | | |
| 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 | 家族の協力を得て、本人とより良いつながりが築けるよう努めている。 | | |
| 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 | 通いなれた美容室への外出や友人・知人の面会等も受け入れ、これまでの関係を断たないよう支援に努めている。 | 以前から行きつけの美容院を継続させたり、隣接するデイサービス利用時の知り合いの訪問など自由交流させている。また、職員の人事異動も可能な限り一人に制限して、利用者の接遇を重視している。 | |
| 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 | それぞれの利用者が楽しく過せるよう空間を工夫したり、お互いが助け合える関係を職員が作り上げる努力をしている。 | | |
| 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 | 契約が終了しても次のサービスに繋げられるよう相談に応じており本人や家族との関係を継続支援している。 | | |
| 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 | 利用者一人ひとりの思いや希望等に近づけるようコミュニケーションを取りながらケアに生かし意思疎通が困難な方でも把握に努めるようアプローチしている。 | 事業所独自の「バックグラウンドシート」を活用して、生活歴や思いをまとめている。そして、家族からの話や職員の観察を基にした情報で更新し、このシートを活用して一目で把握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 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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、生きがい、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている | 入所時から早めの時点で、本人・家族に生活歴を伺いバックグラウンドアセスメントシートに残しサービスに活かしている。 | | |
| 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 | ケース記録、睡眠記録を活用し病状を把握しADLの低下等、一人ひとりの現状の理解に努めている。 | | |
| 26 | (10) | ○チームでつくる介護計画 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 | 本人や家族の意向を伺いサービス提供できるよう計画の作成を行っている。職員間で意見を出し合い、家族の協力を得て必要なケアを介護計画に活かしている。 | 個人記録の作成は、介護計画の内容に沿った一連の流れにつながりを持ったものにするため計画担当者(ケアマネ)があたる。これに、共同して個別担当の職員が協力する。こうした積み重ねが、質の高いサービス提供につながっている。 | |
| 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 | ケース記録に記入し、職員間で情報を共有し実践し、計画の見直しに活かしている。 | | |
| 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 ※小規模多機能型居宅介護限定項目とする | | | |
| 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 | 家族や親せき、友人など本人を支えてきた方たちに協力をいただき日々の暮らしを支援している。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|---|--|---|-------------------|
| | | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ受診は、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、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等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 | 在宅時からのかかりつけ医を受診できるよう支援したり、協力病院や薬局とも関係を築きながら適切な医療を受けられるよう支援をしている。 | 医療機関は一律ではなく、従来のかかりつけ医であるが、通院の付き添いは、基本的に家族に協力を求めている。また、医師から利用者の状況変化等のため説明を求められた時には、職員が家族に同行している。 | |
| 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 | 協力病院の看護師には状態の変化等相談できる体制にある。また、隣接の特養やDSの看護師に協力いただき対応の指示を受けている。 | | |
| 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。 | 入院中は病院の看護師とよく相談し、早期の退院に向けた情報交換を行っている。また協力病院の医師との連携も図っている。 | | |
| 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 | 入所時に事業所の方針やできることを伝え、家族の同意を得ている。また医療関係者とも最良の方法を検討しながら支援している。 | 看護師の配置がなく、終末期の看取りは実施していない。重度化の処遇は、隣接する法人の特養老人ホームや医療機関と連携に努めている。遠隔地の身元引受人対応では、利用者の甥や姪がサポート役を担っている。 | |
| 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実践訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている | 緊急救急マニュアルを用意し急変時に備え全職員が確認、応急手当やAEDの使い方等も研修に取り入れ身に付けている。 | | |
| 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 | グループホームもしくは併設の特養との避難訓練を行っている。実際に水害での避難経験もあり。地域ネットワークの協力があり、実際に水害避難も行われている。 | 災害における避難誘導は、隣接する法人本体の特養老人ホームの全面的支援を受ける計画である。スプリンクラーも設置し、施設内設備のハード面及び職員連絡網の仕組みも出来ている。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----------------------------------|------|--|--|--|-------------------|
| | | | | 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 | 耳の遠い利用者さんとの会話が全て聞こえている事もあるが、一人ひとりに合わせた言葉で本人のプライバシーを尊重した対応を心掛けている。 | 利用者の個別の記録は、関係者より見られないように配慮されている。職員から利用者への声かけは地元の方言を使用し、利用者の性格を配慮した対応に心がけている。 | |
| 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 | 分かりやすい言葉で伝え、本人の思いや希望を表出できるように働きかけ表情等から思いの把握に努めている。 | | |
| 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 | 利用者の声に耳を傾け、一人ひとりのペースに合わせて希望に沿って支援を行っている。 | | |
| 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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする | 希望があれば美容院へ送迎したり、化粧品や衣類の購入と支援を行っている。また、定期的に床屋さんに散髪してもらっている。 | | |
| 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 | 行事食や季節に合わせたメニューと一緒に作ったりその時の体調に合わせた個別メニューを提供するなどしている。準備や片付けも一緒に行っている。 | 調査当日は、“キリタンポ”昼食であったが、利用者も職員と一緒に調理と配膳に協力している。そのこともあり、食事の摂取量は10割である。平成24年6月から事業所の食材は独自購入となり、利用者の嗜好を取り入れるように向上した。 | |
| 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状況を把握し、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | 個人の食事量、水分量を記録し把握に努め、状況に応じた支援を行っている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|---|--|--|-------------------|
| | | | | 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 | 食後や就寝時に、うがいを行っている。歯磨きの声掛け、義歯洗浄剤を使用している。 | | |
| 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 | 一人ひとりの排泄状態を把握し、本人の意思に合わせて声掛け誘導している。 | バイタルチェック表で体温や血圧、水分摂取量等と一緒に排泄状況を確認している。利用者がイスから立ち上がった時、状況を察知し、トイレまで誘導して自力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 | 排便状況を確認しながら、水分を多めに取ったり、運動を促したり、食物繊維の多い食事を提供するよう工夫している。 | | |
| 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や健康状態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 | その時々で体調を考慮しながら本人の意向に沿った支援をしている。 | 入浴を好まない利用者には声掛けする職員を替えたり、タイミングを計るなどの工夫をしている。また、利用者の体調を把握するために、検温や血圧測定、詳細な体調確認など配慮している。 | |
| 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 | 自室で自由に休んだり、その時々体調を勧奨し休息、睡眠を勧めている。また、眠剤を服用されている方には希望時間に合わせている。 | | |
| 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に努めており、医療関係者の活用や服薬の支援と症状の変化の確認に努めている | 服薬リストを個人ごとに分かりやすく整理し、追加や臨時薬も掲示し把握に努めている。また、経過観察は細かく医師に報告し指示をいただいている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|--|--|--|-------------------|
| | | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 得意なことを活かせるよう、役割を持つことで生活の充実を計り個人の力が発揮できるよう。また、散歩をしたり気分転換等の支援をしている。 | | |
| 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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする | 天気の良い日は近所を散歩したり、美味しいような広告を目にして外食を希望したり、家族等の協力を得ながら本人にとって特別な場所へ(墓参り・法事等)外出できるよう支援している。また、ホームの行事には地域の協力を得て花見や敬老会の会場を提供頂いている。 | 職員の食材購入へスーパー等に利用者と一緒に出かけたり、天気がよい時や気分転換に散歩やドライブのほか、卓球好きな利用者は北部エリアに出かけたり、秋には家族と連絡を取り合い、紅葉狩り、梨狩り等協力を得ながら積極的に外出支援を行っている。 | |
| 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 | 個人の金銭に関しては金庫にお預かりしているが、必要があれば出し入れは自由にしており希望に応じて買い物に行き支払いをしていただくなど力量に応じて対応している。 | | |
| 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 | いつでも電話できるよう日頃より声掛けし本人より希望があった時には迅速に対応している。家族からの手紙やハガキのやり取りもある。 | | |
| 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、臭い、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 | 居間は利用者同士がくつろぎやすいよう椅子を配置し季節の花を飾るなど、季節感を取り入れるよう工夫している。また、換気をしたり、温度調整に気を配るようにしている。 | フロアなどの共用空間には、利用者が共同で創作した作品を飾るなど季節を演出した取り組みが行われている。ソファ等家具の配置も工夫され、利用者一人ひとりが過ごしやすいうように配慮している。 | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|---|---|--|-------------------|
| | | | | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 ※認知症対応型共同生活介護限定項目とする | 生活していく中で一人ひとり決まった席ができ、気の合った利用者同士で座って会話もされたりしている。また、一人でいても孤独にならないよう配慮している。 | | |
| 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 | 本人が今までどのように暮らしていたかを聞き取り、本人や家族と相談しながら家具等を配置している。 | 居室には、利用者の使い慣れた物が持ち込まれているほか、位牌や家族写真、自らの創作品等が飾られており、個性を大切にされていることが確認できた。 | |
| 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 | 歩行に支障のないように家具を配置して利用者の動線を確認し、混乱や失敗を未然に防ぐ努力をしており「自分でできる自信」を持てるよう支援している。 | | |

