

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 | 0490600061 | | |
| 法人名 | 特定非営利活動法人 安寿 | | |
| 事業所名 | グループホームたかのす | | |
| 所在地 | 宮城県白石市鷹巣西2丁目4-12 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年10月10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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0490600061&SCD=320&PCD=04 |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ | | |
| 所在地 | 宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台3階 | | |
| 訪問調査日 | 平成23年11月9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)】

近隣にスーパーや公共施設等があり、買い物や行事参加の利便性が高く、森林浴を兼ねた散歩にも適した自然環境にある。利用者様と職員の結束が強く、協働して笑顔ある毎日を過ごしており、隣接する畑では、季節ごとの野菜を育て、収穫する喜びを地域の方と実感している。近隣の方々は、野菜等を豊富に栽培しており、地産地消の一役として、副食は地域に業務委託している。運営理念に掲げている地域密着を目標に、地域の方々の協力を得て交流を深め、積極的に地域資源を活用した生活支援を行っている。ユニットは環境改善型空気清浄機による清々しい環境。身体機能の低下等の状態に合わせて安心安全に入浴できるリフト個浴を設置。24時間体制の医療連携、更に災害時の迅速な対応の為に大型自家発電機を導入し、安心した生活支援に努めている。

【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)】

平成22年7月に白石市初のNPO法人格ホームとして設立、当初から市の協力を得た。基本理念として「認知症高齢者を支援する地域の絆づくり」掲げ、市移動図書館の利用、おかずの調理などの地元委託や自治会へホームの運営状況が詳しく掲載された「たかのす通信」を配布するなど、積極的に地域の方々と協力・連携が図られている。毎月、季節感のある行事や外出を企画・実施し、生活に張りがあるように心がけている。ユニット対抗の運動会では、闘争心があふれ持っている力が発揮でき思い出深いことが職員と利用者の聞き取りからうかがえた。また、家族が参加できる行事に併せ、毎年数回家族会を開催し交流を深めている。職員は常に向上心を持ち、積極的に外部・内部研修に参加しサービスの質の向上に努め、改善すべき点を提案し合いながら運営に活かしている。

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) | ○ 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、生き活きと働いている (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（事業所名 **グループホーム たかのす**） 「ユニット名 **ぶな**」

| 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 | 運営理念の他に、管理者、職員で作り上げた基本理念全てを事業所内に掲示するとともに、毎日の申し送り（朝・夕）時に唱和し、理念の共通認識を図り、実践に繋げる意識付けをしている。 | 7月に職員全員で事業所理念を見直した。「地域との交流を図り、一人ひとりの生き方や生活歴を理解し思いを大切に」などの理念を念頭に、毎日申し送り時に唱和、人生の先輩として尊敬する心で支援している。 | |
| 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 | 自治会に加入し、町内清掃や地域の行事に参加している。また、ホームに行事等に地域の方をお誘いし、交流を図っている。野菜の差し入れやホーム外ベンチでの談笑等、近隣住民との交流の機会も増えてきている。 | 自治会に加入し、「たかのす通信」を配布、町内清掃などに参加、近隣からの野菜の差し入れ、婦人会の歌や踊りのボランティア、幼稚園児の訪問などがあり交流が密である。市移動図書館の来訪も楽しみになっている。 | |
| 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 | キャラバンメイトの実施やホーム行事等に参加して頂き、認知症の方に対する理解を深める機会を作っている。また、「介護相談窓口」を開設し、毎月のたかのす通信に掲載し、地域の方々にも配布している。 | | |
| 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 | 2カ月に一度開催し、サービスの実施、報告を行っている。委員の方々からのご意見を頂き、新たな取り組み等、行っている。会議内容は全職員が確認し、利用者様も確認が出来るよう、図書コーナーに置き、いつでも見られる環境にある。また、会議の概要については、たかのす通信で公表している。 | 奇数月に開催、利用者・家族代表・自治会長・民生委員・市の担当者や包括職員が参加し、活動内容・前回提案の取組み状況などの報告を行い質疑応答を重ね運営に活かしている。議事録は図書コーナーに置き、たかのす通信に詳しい内容を掲載している。 | |
| 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 | 支援の方法、施設環境のあり方等について、運営推進会議において、意見を頂く他に、直接担当課に行き、再確認を行う等、連絡を密にしている。また、震災時は、被災者を受け入れる等、協力関係が構築されている。 | 運営推進会議や直接運営上の相談を密にしており、協力関係が出来ている。外部評価にも同行している。震災時には被災者を受入れ、市から支援物資が提供された。県・市社協から認知症サポーター養成講座の講師依頼もあり数回行っている。 | |
| 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 | 倫理規程やマニュアルにも掲げており、身体拘束をしないことが原則であることを理解し、常に利用者様の状態を把握し、スピード感のある支援に努めている。更に、内部研修等でも理解を深め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | 内部研修や会議時に身体拘束の内容と弊害について学び、理解の徹底を図っている。玄関は夜7時半まで開放、外出傾向の方は把握しており素早く対応し、さりげなく声がけ付き添う。近隣の方とも協力体制が出来ている。 | |
| 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 | 内部研修等で学ぶ機会を設けている。日々のケアにおいても、スピーチロック等含め、不適切なケアを行っていないか等、ユニットにおいて、リーダー等がケアの確認を行っている。 | | |

| 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 | 現在、権利擁護を必要とする利用者様はないものの、今後、外部研修等に参加し、制度の理解と活用に向けて取り組んでいきたい。 | | |
| 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 | 契約時等は、施設長、管理者が同席し、丁寧な説明を心掛け、質問や不安等にお答えし、安心とご理解を頂ける対応を行っている。 | | |
| 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 | 意見箱を設置し、第三者委員も含め、内外の相談窓口を掲示している。ご家族様には、面会や電話の際、意見や要望等を伺っている。利用者様からの要望等も職員へ直接話して頂く、意見箱等を活用し、運営に反映させている。 | 意見や要望は面会や電話の際に聞くことが多く、職員体制や介護相談窓口などの質問に即対応、「たかのす通信」に掲載し回答している。メールで対応する家族もいる。家族会を年に数回開催し交流を深めている。意見箱の設置や第三者委員を委嘱し意見が述べやすい環境である。 | |
| 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 | 施設長や管理者は、常に話しやすい環境を作り、個人ごとに話す機会を設け、意見や提案を反映できるよう努めている。また、毎月のユニット会議、リーダー、ケアマネ会議等に参加し、職員の意見を聞く機会を設けている。 | 施設長は各会議に参加し職員の意見を聞き、理事会に報告・検討する。車椅子対応車の借用、車椅子対応体重計購入、建物周辺へのグリーンカーペット設置、ケース記録用紙の見直しなど職員の意見を運営に活かしている。職員も意見を提案しやすいと感じている。 | 職員の意見の反映や職員間の情報の共有化のしくみは整っている。職員間のさらなる情報の共有の徹底のための取組みを期待する。 |
| 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 | 施設長が常勤しており、常に職員の勤務状況を把握するとともに、全職員対象に自己評価を提出させる等、職員個々の努力や実績、向上心を持てるよう努めている。また、就業規則、賃金規程の改正を行い、職務手当を支給する等、役割分担を実施している。 | | |
| 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 | 12項目と同様に、施設長が職員を把握して、組織に伝えている。その結果を踏まえて、内部研修を1か月に一度は行うとともに、外部研修にも職員のレベルに応じ、積極的に参加させている。また、介護技術セミナーに参加する等、サービス向上の為に努めている。 | | |
| 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 | 地域ケア会議に参加し、ネットワークづくりを行い、情報や問題点等を共有し、サービスの質の向上に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 生活歴を知る為に、事前に自宅を訪問し、ご本人やご家族に面談し、アセスメントを行っている。そこで得た情報をもとに、入居時には、職員や施設長等、組織全体で、居室の確認やホームに対する要望等、話しやすい場面作りを行い、安心感を持って頂けるよう、努めている。 | | |
| 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 | 話しやすい雰囲気を中心、不安、要望等をお聞きし、その内容を職員間で共有するとともに、組織の代表者にも伝え、解決できるよう努力し、安心して頂けるよう対応している。 | | |
| 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 | 入居前の面談で、支援の必要性を十分に把握し、職員間でサービスに差が生じないように努める。また、入居申し込みから入居までに時間がある場合は、他サービスの情報提供を行い、いつでも相談に乗る体制を作っている。 | | |
| 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 | マニュアルや内部研修、ユニット会議を通して、支え合いの関係を身につけており、職員は、ケアする側・される側という意識をもたず、お互いが協働しながら生活する場であるという事、共に支え合う関係を大切にしている。 | | |
| 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 | 面会時には、日々の様子や体調等をお伝えし、居室でゆっくりと過ごして頂けるよう、環境にも気を配っている。また、毎月ホームでの様子等をたかのす通信と共にお送りし、ご本人の状況、ホーム状況を共有し、共に本人を支えていく関係を築いている。 | | |
| 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 | 行きつけの美容室の利用や友人への手紙や電話のやり取りをはじめ、馴染みの場所へのドライブ、また、ご家族の協力の下、墓参りやお祭りへの参加等への外出支援を行っている。 | 家族や友人が野菜や果物などを持って訪れたり、ホームの電話の使用や手紙などで関係が途切れないように支援している。毎日のように携帯電話で家族と話している方もいる。利用者が希望する温泉や農業祭への外出を支援し満足を高めている。 | |
| 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 | 日々の生活の中で、馴染みの関係を構築できるように、職員が間に入り、支援している。ユニットでの仲間(家族)意識が強く、介助が必要な方に対して自ら手を差し伸べたり、声掛けする場面も多く見られている。 | | |

| 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 | 退居先でも戸惑いなく生活が送れるよう、ホームでの様子やケア等、介護情報の提供を行っている。入院されて契約終了となった方には、お見舞いに行く等、本人、家族と面会し、今までの関係を大切にしている。 | | |
| 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 | 生活歴や本人の想いを大切に、日々のコミュニケーションの中で想いをくみ取り、実践している。ご本人の想いの聴き取りが困難な時は、日々の行動やご家族との会話等で情報を収集し、希望に添ったケアが行えるよう努めている。 | 日々の支援やドライブ中の利用者同士の会話などから生活歴を把握することもあり、職員間で共有している。食事に関する希望が多く、誕生日には本人の食べたいメニューで満足度を高めている。意向の把握が困難な場合は、日々の行動や家族から聞き支援している。 | |
| 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 | センター方式を活用し、生活歴、馴染みの暮らし方等、個々の暮らしの把握に努めている。入居後も、行きつけの理美容室の利用や好みの菓子店への買い物等、支援を行っている。また、日々の会話やご家族からお話を伺いながら更に把握できるよう努めている。 | | |
| 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 | 介護記録、バイタルチェック、排便チェック等で、日々の様子を記録し、生活リズムを把握し、朝・夕の申し送りにて、情報の共有を図り、現状の把握に努めている。また、ご本人が出来る事は、見守りのみで対応する等、残存機能を見極めて対応している。 | | |
| 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 | ご本人、ご家族、職員の意見を交えて、他職種との連携を図りながら、より良い介護計画となるよう努めている。また、1か月に一度は担当職員がモニタリングを行い、ご家族に報告している。さらに、面会時等に、ご意見、ご希望等の確認も行っている。3か月ごとに職員全体でプランの見直しを行っている。 | 利用者、家族、医師、看護師、職員などの意見を踏まえ細やかなプランを作成、1ヶ月に1回担当職員がモニタリングを行い家族に状況を報告している。3ヶ月に1回、または必要に応じて全職員でプランを見直し家族に説明、同意を得ている。 | |
| 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 | 日々の様子やケアの実践、気づき等をケース記録や支援日誌に記録し、情報を共有し、変化が見られた時は、カンファレンスを実施し、プランの見直しに反映している。 | | |
| 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 | 車いすの利用者様も安心して外出できるよう、福祉車両の導入や訪問理容、移動図書館の導入等、一人ひとりのニーズに添えるよう、ハード面の改善を含め、柔軟な支援を行っている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 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 | 行きつけの美容室への送迎、幼稚園の行事見学同行、コンサートホールへの同行、お祭りへの参加等、行政や自治会から配布される広報により情報を把握している。その情報を、利用者様にお伝えし、希望に応じた外出支援を行い、地域の中での楽しみを得られるよう努めている。 | | |
| 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 | ご本人、ご家族が希望される、かかりつけ医に受診し、その際は医師に1か月間のバイタルチェック表を提示している。また、マニュアルに従い、家族と連絡調整を行い、医療機関への受診支援を行い、その結果は、ご家族に報告している。 | 利用者や家族が希望するかかりつけ医、歯科、眼科、整形外科などを受診する際には、職員が同行している。かかりつけ医には1ヶ月のバイタルチェック表を提示し、受診結果を記録、家族に報告している。家族が付き添い受診する方もいる。 | |
| 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 | 利用者の健康状態を把握する為に、バイタル測定を毎日行い、必要な方は一日3回実施、結果を訪問看護師が来所時に観て対応にあたるようにしているとともに、24時間コール体制をとり、日々の情報や気づきを相談しながら、適切な受診や看護を受けられるよう支援している。 | | |
| 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。 | 入院された時は、ホームでの情報をSWに提供している。状態を電話やお見舞いに行った時にSW等に確認し、状態の把握に努めている。また、協力医療機関での研修に参加したり、SWとの連絡、情報交換を密接に行い、円滑な関係作りに取り組んでいる。退院時は、サマリーを頂き、職員間で情報を共有し、支援を行っている。 | | |
| 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 | 入居時に書面を用いて、ご本人・ご家族に説明を行い、同意を得ている。状態に変化が見られた時は、主治医やご家族と再確認を行いながら、看護師、職員とともに、支援に取り組んでいる。 | 契約時に看取りに関する指針について説明し、意思確認書により同意を得ている。まだ看取り経験はない。重度化した場合には、利用者や家族、主治医に再確認を行い希望に添った支援を行っている。管理者が10月にターミナルケア研修を受講し、内部研修で周知徹底を図る予定である。 | |
| 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 | 急変や事故発生時に備えて、マニュアル、緊急連絡網を作成し、応急手当普及員の資格を持つ職員から、救急救命講習会や看護師による応急手当の訓練を定期的に行い、実践力を身につけるよう、努めている。 | | |
| 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 | 災害防止委員を設置し、マニュアルに添って、年2回の避難訓練を実施しており、非常用食料、備品、発電機等も準備している。地震想定や夜間想定避難訓練、発電機講習会等実施している。避難訓練時は、消防署の方以外に、消防団、婦人防火クラブや自治会等、地域の方にも参加頂いている。 | 避難訓練は消防署員、消防団員、婦人防火クラブ、自治会など地域の方々の参加で行い協力体制が図られている。夜間想定訓練は夕方6時半に緊急連絡網で連絡確認を行った。また、地震想定訓練や自家発電機操作講習も実施、災害に備えている。 | |

| 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 |
| 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 | 人格や生活歴を尊重し、お一人おひとりにあつた話し方や接し方を心掛け、ご希望の利用者には、同性介助を行う等、プライバシーに配慮した声掛け、対応に努めている。 | 一人ひとりの人格や生活歴を尊重し、話し方や接し方、希望にそつた呼び方や同性介助などに気配りしている。排泄介助はさりげなく「目薬をつけよう。カーテンをしめよう。」など声がけし誘導している。 | |
| 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 | 日々の生活の中での行動、会話等から、ご本人の思いや希望等を理解し、可能な限り、自己決定できるよう、声掛けの工夫を行っている。 | | |
| 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し、その日をどのように過ごしたいか、希望にそつて支援している | 職員は、研修や会議を通して、日常的に利用者のペースを大切にする心掛けを持ち、食事のスピードや外出等、その方、一人ひとりのペースに合わせ、生活できるよう支援している。 | | |
| 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 | お化粧される方には、お化粧品用品を一緒に選んだり、ご希望の方には、マネキュアを楽しんでいただいたり、衣服の選択や、染髪等、その人らしいおしゃれを楽しめ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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 副食は、地元へ委託し、地元で採れた野菜を中心に旬の物を提供している。その方の能力に応じ、副食の盛り付けやみそ汁作り、後片付けを共に行っている。更に、利用者様のリクエストを委託先に伝え、おはぎやお寿司等も取り入れ、臨機応変に作って頂いている。 | おかずの調理を地元へ委託、地元の野菜を中心に利用者が希望するメニューで対応し、盛り付けや器にも工夫している。利用者と職員は家庭菜園の野菜を取入れた味噌汁などを作り後片付けを一緒に行う。検食も兼ね職員1人が食事をしている。また、利用者のリクエストメニューで対応し満足を高めている。 | |
| 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 | 個別に食事、水分摂取量のチェックを毎回行い、疾患や能力に応じて、きざみ食や制限食等を提供させて頂いている。1回に摂取する量が少ない方には、補助食品を数回にわけて提供する等、1日に必要な栄養・水分バランスに留意している。 | | |
| 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 | 毎食後、口腔ケアを行っている。その方の能力に応じ、見守りや、磨きが困難な方には、うがいの支援を行っている。義歯の方は、毎食時後のうがい等の他に、夜間帯、入歯洗浄剤にて消毒を行っている。 | | |

| 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 | 個々に排泄チェック表を記入し、パターンの把握に努め、トイレへのさりげない誘導を行い、失敗や便秘にならないよう努めている。全介助の方でもトイレで排泄出来るよう支援している。 | 一人ひとりの排泄を記録、パターンを把握しトイレ誘導していることから布パンツの方が多い。全介助の方の様子に目配りし、トイレでの排泄支援を行っている。便秘予防にセンナ茶や乳製品の摂取、腹部マッサージを行っている。 | |
| 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 | マニュアルにより対応するとともに、野菜をふんだんに使用した副食や、水分量をチェックし、摂取を勧めたり、状況に応じて、センナ茶や、乳酸菌飲料、運動への働きかけを行っている。排便チェック表で確認をしながら、服薬管理(量の調整)を行っている。 | | |
| 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 | バイタルチェックで体調を確認してから、入浴を実施。入浴が困難な方は、リフト浴で対応、個浴でゆったりと入浴できるよう支援している。時間帯は、利用者の希望にあわせて夕食後等にも行っている。入浴順番も同一にならないよう、ローテーションを組んで対応、その日の気分が入浴されない方には、翌日に入浴を勧める等、臨機応変に対応している。 | 入浴回数や時間は希望に添い、リフト浴でも対応しゆったりと浴槽につかることができる。一番風呂希望が多く、入浴順番や同性介助にも配慮している。季節の菖蒲湯やゆず湯なども楽しんでいる。 | |
| 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 | マニュアルによる安眠対策を講じるとともに、一日の生活リズムを把握し、様子を見ながら休息の声掛け等を行っている。不眠傾向の方に対しては、日中の過ごし方を見直したり、主治医に相談を行う等、身体に負担のないよう取り組んでいる。 | | |
| 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 | 処方ファイルを活用し、個々の病歴と共に把握に努めている。薬の変更時には、申し送り職員間で情報を共有している。服薬時は、マニュアルに従い、必ずダブルチェックを行い、ご本人にも確認して頂きながらの声だし確認を行い、服薬終了まで見守り確認を行っている。 | | |
| 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 | 個々の生活歴を考慮し、日常生活の中での役割(畑仕事、食器拭き等)を行う事で、張り合いとなっている。また、嗜好品である、ビールや菓子等、出来る限りご本人の希望に添った支援を行っている。更に、車いす対応車を備えており、利用者様の楽しみのひとつであるドライブを実施する等、気分転換の支援を行っている。 | | |
| 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 | ご希望に応じて、日常的に散歩や買い物に出かけている。車いす対応の車両を導入した事で、利用者様が安心して外出を楽しまれている。季節ごとの行事では、地域の方の協力のもと、ホーム外での催しを行っている。また、ご家族にも、日常的な外出の他、お墓参りや温泉等、ご本人の希望の場所への外出支援の協力を頂いている。 | 年間計画として月に少なくとも1回は外出を企画、また利用者のその日の希望で出かけることもある。8月に車椅子対応車が導入されユニット全員での外出が可能になり小原検断屋敷まつり、手代木沼や斎理屋敷などへのドライブを楽しんでいる。家族と墓参りや温泉などへ出かけ、外泊をする方もいる。 | |

| 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 |
| 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 | 自己管理可能な方には行って頂いているが、難しい方は、事務所の金庫で保管している。買い物の際は、ご本人と値段を確認し、職員が見守りしながら、ご本人が支払い出来るよう配慮している。 | | |
| 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 | 電話や手紙は、ご本人、ご家族の希望時に自由に行って頂いている。電話番号を押したり、手紙の住所を確認する等の支援を行っている。 | | |
| 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 | 季節の花を飾る、季節感のある装飾を取り入れたり、行事等の写真を飾ったりと、季節感・生活感を感じられるよう配慮している。温湿度計や、遮光カーテン、環境改善型空気清浄機を設置し、清々しい環境に努めている。 | 居間には季節の花や行事の写真などが飾られ、環境改善型空気清浄機が設置され臭気やよどみがなく気持ちが良い。コタツやソファも配置され好きな場所で寛ぎ、DVDで映画を楽しめる和やかな雰囲気がある。 | |
| 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 | リビングに、こたつコーナーを設けたり、廊下にソファを設置し、休める環境の工夫を行っている。ホーム外ベンチやウッドデッキでの日向ぼっこ等、それぞれが思い思いに過ごせる空間作りに努めている。 | | |
| 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 | ご本人が使用していた家具や馴染みの物(仏壇や掛け軸等)を持参して頂き、くつろげる空間となるよう努めている。配置もご本人の希望を取り入れながら使用しやすいよう配慮している。 | 全室にベッド、寝具、収納スペース、ナースコールなどを設置し安心安全に配慮されている。居室ごとに入口扉、床、カーテンの色を変えるなど工夫があり、大きな窓から自然光が入り、馴染みの物を持参し個性あふれる居心地のよい居室になっている。利用者の状態により畳敷きの方もいる。 | |
| 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 | ホーム内は全てバリアフリーとなっており、廊下、トイレは手すりが設置してあり、歩行の際の安全性を高めている。居室前には、表札、目印の飾り等でわかりやすくなっている。 | | |

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 | 0490600061 | | |
| 法人名 | 特定非営利活動法人 安寿 | | |
| 事業所名 | グループホームたかのす | | |
| 所在地 | 宮城県白石市鷹巣西2丁目4-12 | | |
| 自己評価作成日 | 平成23年10月10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.kaigokouhyou.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0490600061&SCD=320&PCD=04 |
|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|-------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護サービス非営利団体ネットワークみやぎ | | |
| 所在地 | 宮城県仙台市青葉区柏木一丁目2番45号 フォレスト仙台3階 | | |
| 訪問調査日 | 平成23年11月9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)】

近隣にスーパーや公共施設等があり、買い物や行事参加の利便性が高く、森林浴を兼ねた散歩にも適した自然環境にある。利用者様と職員の結束が強く、協働して笑顔ある毎日を過ごしており、隣接する畑では、季節ごとの野菜を育て、収穫する喜びを地域の方々と実感している。近隣の方々は、野菜等を豊富に栽培しており、地産地消の一役として、副食は地域に業務委託している。運営理念に掲げている地域密着を目標に、地域の方々の協力を得て交流を深め、積極的に地域資源を活用した生活支援を行っている。ユニットは環境改善型空気清浄機による清々しい環境。身体機能の低下等の状態に合わせて安心安全に入浴できるリフト個浴を設置。24時間体制の医療連携、更に災害時の迅速な対応の為に大型自家発電機を導入し、安心した生活支援に努めている。

【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)】

平成22年7月に白石市初のNPO法人格ホームとして設立、当初から市の協力を得た。基本理念として「認知症高齢者を支援する地域の絆づくり」掲げ、市移動図書館の利用、おかずの調理などの地元委託や自治会へホームの運営状況が詳しく掲載された「たかのす通信」を配布するなど、積極的に地域の方々と協力・連携が図られている。毎月、季節感のある行事や外出を企画・実施し、生活に張りがあるように心がけている。ユニット対抗の運動会では、闘争心があふれ持っている力が発揮でき思い出深いことが職員と利用者の聞き取りからうかがえた。また、家族が参加できる行事に併せ、毎年数回家族会を開催し交流を深めている。職員は常に向上心を持ち、積極的に外部・内部研修に参加しサービスの質の向上に努め、改善すべき点を提案し合いながら運営に活かしている。

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) | ○ 1. ほぼ全ての利用者の 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（事業所名 グループホーム たかのす ） 「ユニット名 やまぶき 」

| 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 | 運営理念の他に、管理者、職員で作り上げた基本理念全てを事業所内に掲示するとともに、毎日の申し送り(朝・夕)時に唱和し、理念の共通認識を図り、実践に繋げる意識付けをしている。 | 7月に職員全員で事業所理念を見直した。「地域との交流を図り、一人ひとりの生き方や生活歴を理解し思いを大切に」などの理念を念頭に、毎日申し送り時に唱和、人生の先輩として尊敬する心で支援している。 | |
| 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 | 自治会に加入し、町内清掃や地域の行事に参加している。また、ホームに行事等に地域の方をお誘いし、交流を図っている。野菜の差し入れやホーム外ベンチでの談笑等、近隣住民との交流の機会も増えてきている。 | 自治会に加入し、「たかのす通信」を配布、町内清掃などに参加、近隣からの野菜の差入れ、婦人会の歌や踊りのボランティア、幼稚園児の訪問などがあり交流が密である。市移動図書館の来訪も楽しみになっている。 | |
| 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 | キャラバンメイトの実施やホーム行事等に参加して頂き、認知症の方に対する理解を深める機会を作っている。また、「介護相談窓口」を開設し、毎月のたかのす通信に掲載し、地域の方々にも配布している。 | | |
| 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 | 2カ月に一度開催し、サービスの実施、報告を行っている。委員の方々からのご意見を頂き、新たな取り組み等、行っている。会議内容は全職員が確認し、利用者様も確認が出来るよう、図書コーナーに置き、いつでも見られる環境にある。また、会議の概要については、たかのす通信で公表している。 | 奇数月に開催、利用者・家族代表・自治会長・民生委員・市の担当者や包括職員が参加し、活動内容・前回提案の取組み状況などの報告を行い質疑応答を重ね運営に活かしている。議事録は図書コーナーに置き、たかのす通信に詳しい内容を掲載している。 | |
| 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 | 支援の方法、施設環境のあり方等について、運営推進会議において、意見を頂く他に、直接担当課に行き、再確認を行う等、連絡を密にしている。また、震災時は、被災者を受け入れる等、協力関係が構築されている。 | 運営推進会議や直接運営上の相談を密にしており、協力関係が出来ている。外部評価にも同行している。震災時には被災者を受入れ、市から支援物資が提供された。県・市社協から認知症サポーター養成講座の講師依頼もあり数回行っている。 | |
| 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 | 倫理規程やマニュアルにも掲げており、身体拘束をしないことが原則であることを理解し、常に利用者様の状態を把握し、スピード感のある支援に努めている。更に、内部研修等でも理解を深め、身体拘束をしないケアに取り組んでいる。 | 内部研修や会議時に身体拘束の内容と弊害について学び、理解の徹底を図っている。玄関は夜7時半まで開放、外出傾向の方は把握しており素早く対応し、さりげなく声がけ付き添う。近隣の方とも協力体制が出来ている。 | |
| 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逃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 | 内部研修等で学ぶ機会を設けている。日々のケアにおいても、スピーチロック等含め、不適切なケアを行っていないか等、ユニットにおいて、リーダー等がケアの確認を行っている。 | | |

| 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 | 現在、権利擁護を必要とする利用者様はないものの、今後、外部研修等に参加し、制度の理解と活用に向けて取り組んでいきたい。 | | |
| 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 | 契約時等は、施設長、管理者が同席し、丁寧な説明を心掛け、質問や不安等にお答えし、安心とご理解を頂ける対応を行っている。 | | |
| 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 | 意見箱を設置し、第三者委員も含め、内外の相談窓口を掲示している。ご家族様には、面会や電話の際、意見や要望等を伺っている。利用者様からの要望等も職員へ直接話して頂く、意見箱等を活用し、運営に反映させている。 | 意見や要望は面会や電話の際に聞くことが多く、職員体制や介護相談窓口などの質問に即対応、「たかのす通信」に掲載し回答している。メールで対応する家族もいる。家族会を年に数回開催し交流を深めている。意見箱の設置や第三者委員を委嘱し意見が述べやすい環境である。 | |
| 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 | 施設長や管理者は、常に話しやすい環境を作り、個人ごとに話す機会を設け、意見や提案を反映できるよう努めている。また、毎月のユニット会議、リーダー、ケアマネ会議等に参加し、職員の意見を聞く機会を設けている。 | 施設長は各会議に参加し職員の意見を聞き、理事会に報告・検討する。車椅子対応車の借用、車椅子対応体重計購入、建物周辺へのグリーンカーペット設置、ケース記録用紙の見直しなど職員の意見を運営に活かしている。職員も意見を提案しやすいと感じている。 | 職員の意見の反映や職員間の情報の共有のしくみは整っている。職員間のさらなる情報の共有の徹底のための取組みを期待する。 |
| 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 | 施設長が常勤しており、常に職員の勤務状況を把握するとともに、全職員対象に自己評価を提出させる等、職員個々の努力や実績、向上心を持てるよう努めている。また、就業規則、賃金規程の改正を行い、職務手当を支給する等、役割分担を実施している。 | | |
| 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 | 12項目と同様に、施設長が職員を把握して、組織に伝えている。その結果を踏まえて、内部研修を1か月に一度は行うとともに、外部研修にも職員のレベルに応じ、積極的に参加させている。また、介護技術セミナーに参加する等、サービス向上の為に努めている。 | | |
| 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 | 地域ケア会議に参加し、ネットワークづくりを行い、情報や問題点等を共有し、サービスの質の向上に努めている。 | | |

| 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 |
| 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 | 生活歴を知る為に、事前に自宅を訪問し、ご本人やご家族に面談し、アセスメントを行っている。そこで得た情報をもとに、入居時には、職員や施設長等、組織全体で、居室の確認やホームに対する要望等、話しやすい場面作りを行い、安心感を持って頂けるよう、努めている。 | | |
| 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 | 話しやすい雰囲気を中心掛け、不安、要望等をお聞きし、その内容を職員間で共有するとともに、組織の代表者にも伝え、解決できるよう努力し、安心して頂けるよう対応している。 | | |
| 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 | 入居前の面談で、支援の必要性を十分に把握し、職員間でサービスに差が生じないように努める。また、入居申し込みから入居までに時間がある場合は、他サービスの情報提供を行い、いつでも相談に乗る体制を作っている。 | | |
| 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 | マニュアルや内部研修、ユニット会議を通して、支え合いの関係を身につけており、職員は、ケアする側・される側という意識をもたず、お互いが協働しながら生活する場であるという事、共に支え合う関係を大切にしている。 | | |
| 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 | 面会時には、日々の様子や体調等をお伝えし、居室でゆっくりと過ごして頂けるよう、環境にも気を配っている。また、毎月ホームでの様子等をたかのす通信と共にお送りし、ご本人の状況、ホーム状況を共有し、共に本人を支えていく関係を築いている。 | | |
| 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 | 行きつけの美容室の利用や友人への手紙や電話のやり取りをはじめ、馴染みの場所へのドライブ、また、ご家族の協力の下、墓参りやお祭りへの参加等への外出支援を行っている。 | 家族や友人が野菜や果物などを持って訪れたり、ホームの電話の使用や手紙などで関係が途切れないように支援している。毎日のように携帯電話で家族と話している方もいる。利用者が希望する温泉や農業祭への外出を支援し満足を高めている。 | |
| 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 | 日々の生活の中で、馴染みの関係を構築できるように、職員が間に入り、支援している。ユニットでの仲間(家族)意識が強く、介助が必要な方に対して自ら手を差し伸べたり、声掛けする場面も多く見られている。 | | |

| 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 | 退居先でも戸惑いなく生活が送れるよう、ホームでの様子やケア等、介護情報の提供を行っている。入院されて契約終了となった方には、お見舞いに行く等、本人、家族と面会し、今までの関係を大切にしている。 | | |
| 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 | 生活歴や本人の想いを大切に、日々のコミュニケーションの中で想いをくみ取り、実践している。ご本人の想いの聴き取りが困難な時は、日々の行動やご家族との会話等で情報を収集し、希望に添ったケアが行えるよう努めている。 | 日々の支援やドライブ中の利用者同士の会話などから生活歴を把握することもあり、職員間で共有している。食事に関する希望が多く、誕生日には本人の食べたいメニューで満足度を高めている。意向の把握が困難な場合は、日々の行動や家族から聞き支援している。 | |
| 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 | センター方式を活用し、生活歴、馴染みの暮らし方等、個々の暮らしの把握に努めている。入居後も、行きつけの理美容室の利用や好みの菓子店への買い物等、支援を行っている。また、日々の会話やご家族からお話を伺いながら更に把握できるよう努めている。 | | |
| 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 | 介護記録、バイタルチェック、排便チェック等で、日々の様子を記録し、生活リズムを把握し、朝・夕の申し送りにて、情報の共有を図り、現状の把握に努めている。また、ご本人が出来る事は、見守りのみで対応する等、残存機能を見極めて対応している。 | | |
| 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 | ご本人、ご家族、職員の意見を交えて、他職種との連携を図りながら、より良い介護計画となるよう努めている。また、1か月に一度は担当職員がモニタリングを行い、ご家族に報告している。さらに、面会時等に、ご意見、ご希望等の確認も行っている。3か月ごとに職員全体でプランの見直しを行っている。 | 利用者、家族、医師、看護師、職員などの意見を踏まえ細やかなプランを作成、1ヶ月に1回担当職員がモニタリングを行い家族に状況を報告している。3ヶ月に1回、または必要に応じて全職員でプランを見直し家族に説明、同意を得ている。 | |
| 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 | 日々の様子やケアの実践、気づき等をケース記録や支援日誌に記録し、情報を共有し、変化が見られた時は、カンファレンスを実施し、プランの見直しに反映している。 | | |
| 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 | 車いすの利用者様も安心して外出できるよう、福祉車両の導入や訪問理容、移動図書館の導入等、一人ひとりのニーズに添えるよう、ハード面の改善を含め、柔軟な支援を行っている。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| | | | 実践状況 | 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 | 行きつけの美容室への送迎、幼稚園の行事見学同行、コンサートホールへの同行、お祭りへの参加等、行政や自治会から配布される広報により情報を把握している。その情報を、利用者様にお伝えし、希望に応じた外出支援を行い、地域の中での楽しみを得られるよう努めている。 | | |
| 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し、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 | ご本人、ご家族が希望される、かかりつけ医に受診し、その際は医師に1か月間のバイタルチェック表を提示している。また、マニュアルに従い、家族と連絡調整を行い、医療機関への受診支援を行い、その結果は、ご家族に報告している。 | 利用者や家族が希望するかかりつけ医、歯科、眼科、整形外科などを受診する際には、職員が同行している。かかりつけ医には1ヶ月のバイタルチェック表を提示し、受診結果を記録、家族に報告している。家族が付き添い受診する方もいる。 | |
| 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 | 利用者の健康状態を把握する為に、バイタル測定を毎日行い、必要な方は一日3回実施、結果を訪問看護師が来所時に親て対応にあたるようにしているとともに、24時間コール体制をとり、日々の情報や気づきを相談しながら、適切な受診や看護を受けられるよう支援している。 | | |
| 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 | 入院された時は、ホームでの情報をSWIに提供している。状態を電話やお見舞いに行った時にSW等に確認し、状態の把握に努めている。また、協力医療機関での研修に参加したり、SWとの連絡、情報交換を密接に行い、円滑な関係作りに取り組んでいる。退院時は、サマリーを頂き、職員間で情報を共有し、支援を行っている。 | | |
| 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 | 入居時に書面を用いて、ご本人・ご家族に説明を行い、同意を得ている。状態に変化が見られた時は、主治医やご家族と再確認を行いながら、看護師、職員とともに、支援に取り組んでいる。 | 契約時に看取りに関する指針について説明し、意思確認書により同意を得ている。まだ看取り経験はない。重度化した場合には、利用者や家族、主治医に再確認を行い希望に添った支援を行っている。管理者が10月にターミナルケア研修を受講し、内部研修で周知徹底を図る予定である。 | |
| 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 | 急変や事故発生時に備えて、マニュアル、緊急連絡網を作成し、応急手当普及員の資格を持つ職員から、救急救命講習会や看護師による応急手当の訓練を定期的に行い、実践力を身につけるよう、努めている。 | | |
| 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 | 災害防止委員を設置し、マニュアルに添って、年2回の避難訓練を実施しており、非常用食料、備品、発電機等も準備している。地震想定や夜間想定の避難訓練、発電機講習会等実施している。避難訓練時は、消防署の方以外に、消防団、婦人防火クラブや自治会等、地域の方にも参加頂いている。 | 避難訓練は消防署員、消防団員、婦人防火クラブ、自治会など地域の方々の参加で行い協力体制が図られている。夜間想定訓練は夕方6時半に緊急連絡網で連絡確認を行った。また、地震想定訓練や自家発電機操作講習も実施、災害に備えている。 | |

| 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 |
| 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 | 人格や生活歴を尊重し、お一人おひとりにあった話し方や接し方を心掛け、ご希望の利用者には、同性介助を行う等、プライバシーに配慮した声掛け、対応に努めている。 | 一人ひとりの人格や生活歴を尊重し、話し方や接し方、希望にそった呼び方や同性介助などに気配りしている。排泄介助はさりげなく「目薬をつけよう。カーテンをしめよう。」など声がけし誘導している。 | |
| 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 | 日々の生活の中での行動、会話等から、ご本人の思いや希望等を理解し、可能な限り、自己決定できるよう、声掛けの工夫を行っている。 | | |
| 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し、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 | 職員は、研修や会議を通して、日常的に利用者のペースを大切にしている心掛けを持ち、食事のスピードや外出等、その方、一人ひとりのペースに合わせ、生活できるよう支援している。 | | |
| 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 | お化粧される方には、お化粧品用品を一緒に選んだり、ご希望の方には、マネキュアを楽しんでいただいたり、衣服の選択や、染髪等、その人らしいおしゃれを楽しめ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、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている | 副食は、地元へ委託し、地元で採れた野菜を中心に旬の物を提供している。その方の能力に応じ、副食の盛り付けやみそ汁作り、後片付けを共に行っている。更に、利用者様のリクエストを委託先に伝え、おはぎやお寿司等も取り入れ、臨機応変に作って頂いている。 | おかずの調理を地元へ委託、地元の野菜を中心に利用者が希望するメニューで対応し、盛り付けや器にも工夫している。利用者と職員は家庭菜園の野菜を取入れた味噌汁などを作り後片付けを一緒に行う。検食も兼ね職員1人が食事をしている。また、利用者のリクエストメニューで対応し満足を高めている。 | |
| 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 | 個別に食事、水分摂取量のチェックを毎回行い、疾患や能力に応じて、きざみ食や制限食等を提供させて頂いている。1日に摂取する量が少ない方には、補助食品を数回にわけて提供する等、1日に必要な栄養・水分バランスに留意している。 | | |
| 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 | 毎食後、口腔ケアを行っている。その方の能力に応じ、見守りや、磨きが困難な方には、うがいの支援を行っている。義歯の方は、毎食時後のうがい等の他に、夜間帯、入歯洗浄剤にて消毒を行っている。 | | |

| 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 | 個々に排泄チェック表を記入し、パターンの把握に努め、トイレへのさりげない誘導を行い、失敗や便秘にならないよう努めている。全介助の方でもトイレで排泄出来るよう支援している。 | 一人ひとりの排泄を記録、パターンを把握しトイレ誘導していることから布パンツの方が多い。全介助の方の様子に目配りし、トイレでの排泄支援を行っている。便秘予防にセンナ茶や乳製品の摂取、腹部マッサージを行っている。 | |
| 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 | マニュアルにより対応するとともに、野菜をふんだんに使用した副食や、水分量をチェックし、摂取を勧めたり、状況に応じて、センナ茶や、乳酸菌飲料、運動への働きかけを行っている。排便チェック表で確認をしながら、服薬管理(量の調整)を行っている | | |
| 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 | バイタルチェックで体調を確認してから、入浴を実施。入浴が困難な方は、リフト浴で対応、個浴でゆったりと入浴できるよう支援している。時間帯は、利用者の希望にあわせて夕食後等にも行っている。入浴順番も同一にならないよう、ローテーションを組んで対応、その日の気分が入浴されない方には、翌日に入浴を勧める等、臨機応変に対応している。 | 入浴回数や時間は希望に添い、リフト浴でも対応しゆったりと浴槽につかることができる。一番風呂希望が多く、入浴順番や同性介助にも配慮している。季節の菖蒲湯やゆず湯なども楽しんでいる。 | |
| 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 | マニュアルによる安眠対策を講じるとともに、一日の生活リズムを把握し、様子をみながら休息の声掛け等を行っている。不眠傾向の方に対しては、日中の過ごし方を見直したり、主治医に相談を行う等、身体に負担のないよう取り組んでいる。 | | |
| 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 | 処方ファイルを活用し、個々の病歴と共に把握に努めている。薬の変更時には、申し送り職員間で情報を共有している。服薬時は、マニュアルに従い、必ずダブルチェックを行い、ご本人にも確認して頂きながらの声だし確認を行い、服薬終了まで見守り確認を行っている。 | | |
| 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 | 個々の生活歴を考慮し、日常生活の中での役割(畑仕事、食器拭き等)を行う事で、張り合いとなっている。また、嗜好品である、ビールや菓子等、出来る限りご本人の希望に添った支援を行っている。更に、車いす対応車を備えており、利用者様の楽しみのひとつであるドライブを実施する等、気分転換の支援を行っている。 | | |
| 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 | ご希望に応じて、日常的に散歩や買い物に出かけている。車いす対応の車両を導入した事で、利用者様が安心して外出を楽しまれている。季節ごとの行事では、地域の方の協力のもと、ホーム外での催しを行っている。また、ご家族にも、日常的な外出の他、お墓参りや温泉等、ご本人の希望の場所への外出支援の協力を頂いている。 | 年間計画として月に少なくとも1回は外出を企画、また利用者のその日の希望で出かけることもある。8月に車椅子対応車が導入されユニット全員での外出が可能になり小原検断屋敷まつり、手代木沼や斎理屋敷などへのドライブを楽しんでいる。家族と墓参りや温泉などへ出かけ、外泊をする方もいる。 | |

| 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 |
| 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 | 自己管理可能な方には行って頂いているが、難しい方は、事務所の金庫で保管している。買い物の際は、ご本人と値段を確認し、職員が見守りしながら、ご本人が支払い出来るよう配慮している。 | | |
| 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 | 電話や手紙は、ご本人、ご家族の希望時に自由に行って頂いている。電話番号を押ししたり、手紙の住所を確認する等の支援を行っている。 | | |
| 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 | 季節の花を飾る、季節感のある装飾を取り入れたり、行事等の写真を飾ったりと、季節感・生活感を感じられるよう配慮している。温湿度計や、遮光カーテン、環境改善型空気清浄機を設置し、清々しい環境に努めている。 | 居間には季節の花や行事の写真などが飾られ、環境改善型空気清浄機が設置され臭気やよどみがなく気持ちが良い。コタツやソファも配置され好きな場所で寛ぎ、DVDで映画を楽しめる和やかな雰囲気がある。 | |
| 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 | リビングにこたつコーナーを設けたり、テレビ脇にソファを設置し、休める環境の工夫を行っている。ホーム外ベンチやウッドデッキでの日向ぼっこ等、それぞれが思い思いに過ごせる空間作りに努めている。 | | |
| 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 | ご本人が使用していた家具や馴染みの物(仏壇や掛け軸等)を持参して頂き、くつろげる空間となるよう努めている。配置もご本人の希望を取り入れながら使用しやすいよう配慮している。 | 全室にベッド、寝具、収納スペース、ナースコールなどを設置し安心安全に配慮されている。居室ごとに入口扉、床、カーテンの色を変えるなど工夫があり、大きな窓から自然光が入り、馴染みの物を持参し個性あふれる居心地のよい居室になっている。利用者の状態により畳敷きの方もいる。 | |
| 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 | ホーム内は全てバリアフリーとなっており、廊下、トイレは手すりが設置してあり、歩行の際の安全性を高めている。居室前には、表札、目印の飾り等でわかりやすくなっている。 | | |