

### 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   | 0490900065       |       |     |
| 法人名     | 社会福祉法人功寿会        |       |     |
| 事業所名    | グループホーム「市川桜の家」   | ユニット名 | あやめ |
| 所在地     | 宮城県多賀城市市川字奏社31-8 |       |     |
| 自己評価作成日 | 平成 30 年 8 月 9 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.kaigokensaku.jp/">http://www.kaigokensaku.jp/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |  |  |
|-------|--------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会 |  |  |
| 所在地   | 宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成30年9月4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)】

職員は毎年入居者の状態に合わせて、理念である「安全 自由 笑顔のある豊かな暮らし」に基づき行動指針を策定し、関わりを行っている。認知症になっても地域の一員として生活が出来るように、日中は施設せず自由に入りが出来る環境にあり、地域の方に行事に参加いただいたり、地域の行事に参加する等の取り組みを行っている。関わり方においては自己決定・自己選択を引き出し、「入居者主体」の生活を送って頂けるよう支援している。また入居者が重度化しても安心して生活できるよう仙台往診クリニックのサポートをいただきながら24時間365日いつでも医療的なサポートが受けられる体制にあり、看取りまで支援している。また、職員研修については、外部への研修を交代で行っており、事業所内では職員個別にカリキュラムを組み、いつでも自分の都合に合わせて勉強会が受けられる体制にある。また法人として資格取得の為の学費補助の支援も行っており、スキルアップや意欲を持って仕事ができる環境を整えている。

【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)】

多賀城址東門跡地の境界に位置するホームは、木々の緑に囲まれ静かな環境にある。地域住民から「職員の笑顔や挨拶が好印象」との声もあり、年末には住民が率先して材料と道具をホームに運び、入居者と一緒に餅つきや雑煮づくりをした。季節ごとに地区とホーム双方の行事交流がある。職員は「自分が入居者だったらどのようにしたいか」の姿勢で入居者に添い、思いを引き出すことで入居者が望む自由な生活を支援している。目標達成計画の「家族来訪時の声掛け、様子の伝達や要望を聞く」について、家族とともに支え合う大切さについて話し合い、信頼関係を意識した会話や連絡を実践している。

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<br>↓該当するものに○印 |   | 項目 |   | 取り組みの成果<br>↓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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○                     | 1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>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<br>(参考項目:18,38)           | ○                     | 1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○                     | 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>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<br>(参考項目:38)                 | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:4) | ○                     | 1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>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した表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○                     | 1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:49)                | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>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<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>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<br>(参考項目:28) | ○                     | 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |    |   |                       |   |

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名

グループホーム「市川桜の家」

ユニット名

あやめ

| 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<br>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  | 毎年理念の見直しをスタッフ全員で行い、入居者の状態に合わせた行動指針を策定している。その際、何故理念が必要なのかを勉強会を行い周知するように努力している。また、毎朝ミーティングで理念を唱和し、意識付けを行っている。                 | 自分が入居者だったらどのようなことを望むのかを念頭に置いて話し合った。行動指針に「ときめきのある生活」を掲げた。一人ひとりの思いに沿ったケアを心掛け、笑顔のある自由な暮らしの支援に努めている。               |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 町内会に加入し、地区の行事(清掃活動、各種集会、お祭りなど)にも積極的に出向いている。時折、近所の方が入居者を訪ねてきて、一緒にお茶飲みをしている。また介護よろず相談窓口を設けており、地域の方からいつでも相談していただける体制を設けている。    | ホームの敬老会に地域のすずめ踊りや民謡サークルが来訪したり、納涼会、餅つき、ひな祭りの着付けなど、住民の参加協力がある。野菜や魚、肉などの食材を週2回、地域の商店で購入している。                      |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 地域公開講座と題して、専門職をお招きし、介護技術の講習会や言語聴覚士による歯科指導等の講座を年2回、地域の保健衛生推進委員と協働開催で行っている。数年前には管理者が認知症サポーター養成講座を実施し、認知症に対する理解を深めて頂けるようにしている。 |  |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 入居者の状況報告や、行事・防災報告等を行っている。また、会議で頂戴した意見は職員会議に挙げて改善を図っている。また報告内容は議事録にまとめ、HPや事業所内に掲示して誰でも閲覧できるようにしている。                          | 状況報告や家族アンケート内容などについて、意見交換をしている。洗濯物の間違いを防ぐ改善案が出たり、災害時の避難場所の確認をしている。区長や民生委員と市、地域包括、社協各職員の出席がある。                  |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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取り組んでいる  | 行政からの依頼で管理者が認知症サポーター養成講座の講師を行い、地域住民の認知症ケア普及活動に協力をしている。また、事業所では行っていないが多賀城市新田地区での認知症カフェに参加し、家族介護の相談窓口対応もを行っている。               | 震災仮設住宅からの入居、成年後見制度該当の是非など、その時々で相談をし、助言がある。感染症対策、地域防災講座などの研修案内があり、参加している。                                       |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 内部研修や外部研修において全職員が学び、理解を深める努力をしている。また、身体拘束適正化検討委員会を行い、不適切ケアの改善に取り組んでいる。日中は玄関の施錠せず、自由に過ごして頂けるよう見守りをしている。                      | 不適切ケアがないかの話し合いで、「立って、座って」などの言動や、椅子から立ち上がる際の支援の仕方などの意見があった。改善に向けた提案を共有し、ケアに反映している。外出の傾向が見られた時は、さり気なく寄り添い見守っている。 |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                     | 内部研修や外部研修において全職員が学び、理解を深める努力をしている。積極的に意見交換が出来るチーム作りを目標に、現場での職員間の声掛けや会議で話し合いを行い、虐待に繋がるケアを未然に防ぐ努力をしている。                       |  |                   |

| 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 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 内部研修や外部研修において全職員が学び、理解を深める努力をしている。ご家族が後見人として成年後見制度を活用している入居者もいる。身寄りのない入居者は行政や地域包括支援センターに報告や相談を行っている。                                 |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 契約時には状況に応じて入居者本人も同席していただき、十分な時間を設け、納得されるまで説明を心掛けている。また、契約後も面会時や電話連絡の際に不安な点等を伺い、納得していただけよう説明を行っている。                                   |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 玄関に意見箱を設置している。また、年1回ご家族へサービス満足度調査のアンケートを実施している。ご家族の面会や電話連絡の際には出来る限りお話を伺うようにしている。また、家族会を年に2回行い、運営に対する意見や要望を伺い、不参加の方には報告書を送付している。      | 居室の整理、清掃や家族参加の行事、洗濯物や濡れたタオルの管理など、遠慮のない意見がある。洗濯物の間違いでは、複数の職員が確認することで、間違わないようにしている。その都度で話し合い対応している。 |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 年2回面談を行い、職員から意見を聞く場を設けている。それ以外にも会議などで職員からの意見を抽出する機会を設けている。また、職員満足度調査のアンケートを実施し、職場環境の改善に努めている。  | 職員の意見で、入居者の状態などで不安を感じた時は、施設長に連絡をするを確認した。職員が入居者との外食や外泊に付き添う時は、法人から経費負担の補助がある。                      |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 年に2回面談を行い、職員の実績等を評価する人事考課を行っている。また、法人で資格手当や夜勤手当等の見直しがあり、手当てが増額になっている。  |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 外部研修について職員が行きたい研修があれば、申出をしてなるべく希望の研修に行けるように配慮している。それ以外にも現場の実情に合わせた研修を受けさせている。また内部研修は職員個々の実力に合わせてカリキュラムを設定し、自分達が受けた日に研修を受けられるようにしている。 |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 宮城県認知症グループホーム協議会のブロック集会や実践報告会に参加し、同業での交流の機会を図っている。   |   |                   |

| 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 |
| <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<br>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 | 入居前の実態調査から本人へ事業所の説明を行い、不安が少しでも解消するように努めている。また、入居後もお話を伺い、安心して生活出来るように環境づくりを行っている。                                      |   |                   |
| 16                          |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 入居前の実態調査から、事業所の取り組み等をお伝えして、少しでも不安を解消して頂けるように懇切丁寧な説明を心掛けている。また入居後もご家族へこまめな報告を行いながら、意見を伺う様にしている。                        |   |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 入居前の実態調査から本人や家族の意向を聞き、必要に応じて行政や地域包括支援センターと連携をしている。以前入居されていた方で行政の方と成年後見制度の利用を相談し、検討をした事もあった。                           |   |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 職員は共に生活しているリビングパートナーとして、信頼関係の構築に努めているが、現在は入居者の重度化により1対1で話ができる時間が減少しているため検討が必要である。                                     |   |                   |
| 19                          |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 家族との連絡はこまめに行っている。体調不良時は勿論のこと、面会時や電話連絡時に普段の様子を伝えたり、毎月居室担当者が様子を伝える手紙を書き、近況を伝えている。行事の際は家族に参加して頂き、共に支える体制を築けるよう働きかけをしている。 |   |                   |
| 20                          | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 入居者の行きたい場所へほぼ毎日ドライブに出掛け馴染みの場所や行きたい場所へ行っている。また、家族と自由に出かけたり、友人が訪ねてくる事もある。多賀城駐屯地のお祭りやあやめ園見学など、地域との関係が途切れないような支援を心掛けている。  | 以前利用していたデイサービスの友人が来訪したり、家族との外出時に馴染みのパン店や寿司屋に行っている。友人がいる塩釜の花屋や地域のスーパーでの買い物、多賀城駅前などに出掛けている。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 職員が間に入り、良好な関係づくりに努め、孤立しない様に馴染みの関係作りに努めている。また、常に入居者同士の関係性の把握を行い、入居者間の出来事は都度申し送りや、会議等で情報共有して関わりを行っている。                  |   |                   |

| 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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | サービス終了後もいつでも相談できる体制を整えている。直近で相談を受けた事例はないが、以前入居されていた入居者のご家族から知人の家族介護について相談を受けた時がある。           |  |                   |
| <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<br>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   | 本人へ意向を確認しながら、また難しい場合はご家族に確認し、その意向や本人の状態を課題検討してケアプランに反映し、その方が望む生活が送れるように配慮している。               | 就寝前や入浴時などで、昔話などの会話から思いを聞いている。早朝におしぼりを準備したり得意な調理を手伝うなど、日課とした姿を尊重している。遠方の「家族に会いたい」などの望みを汲み取り、対応している。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | 本人やご家族から情報を提供していただき、職員で過去の生活歴を共有する。また、日々の関わりの中で気づいた事を記録に残し、より良いケアにつなげるよう努力している。              |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | ケース記録や申し送り、日誌などで情報共有し、カンファレンスで一人ひとりの出来る事や心身の状態を職員間で共有し、日々のケアの中での現状の把握に努めている。                 |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 毎月の会議において一人一人の現状の把握とケアの見直しを行うようにしている。その会議をサービス担当者会議と位置づけて、必要に応じて課題分析を行い、介護計画の変更を行っている。       | 普段の会話や会議での職員の意見、受診時の医師の意見を入れて、6ヵ月ごとに見直し作成している。随時の見直しで、退院後の褥瘡や食事量の改善、本人が希望する外出などを計画に入れた。            |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 介護記録や職員全体が確認する申し送り帳により情報共有し日々のケアの実践に活かしている。また、職員間で意見交換をしたり話し合いの場を設けて、より良いケアと介護計画に活かしている。     |  |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 入居者により外部から栄養士が来苑し訪問栄養指導を受けたり、歯科医師や衛生士、言語聴覚士によるリハビリを受けている入居者がいる、また、共用型デイサービスで地域から利用者を受け入れている。 |  |                   |

| 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 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 近隣の商店で買い物したり地域の行事に参加するなどして、地域の中で安心して暮らせるように支援している。選挙に行ったり、近隣の神社のお祭りに参加したりお花見を行う等地域に根ざし生活を楽しんでいる。                                    |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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・家族の同意のもと仙台往診クリニックが主治医となっており24時間体制で支援できる体制が整備されている。また、必要に応じて脳神経外科や皮膚科など他医療機関を受診している。  | 専門医の受診や定期検査、入退院時は家族か職員が付き添っている。家族と本人の希望で訪問歯科を利用し、口腔ケアと治療を受けている。個人別受診記録がある。                                      |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 申し送りや日常の気づきを看護師に伝え、往診クリニックの看護師や医師との連携を図っている。往診がない日でも電話で報告や相談を行い、医療的な側面で入居者が安心していただけるように努めている。                                       |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院中から、医療機関の各関係者と連絡を取り合い、本人と家族が安心して治療を受けられるように支援している。退院時は退院調整会議などで状況を確認し、職員間で情報共有による関わり方の統一を心掛けている。                                  |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 入居時に重度化した場合や終末期についての意向を確認し同意書に基づき説明をしている。また、入居後も終末期に対する意向が変わった場合は、主治医へ報告を行い連携を行っている。また、勉強会で職員に重度化や終末期のケアの在り方など知識の向上に努めている。          | 重度化と看取りに関する指針の文書があり、入居時や、必要な状況を見ながら家族に伝えている。訪問診療の医師から「看取りの勉強Q&A」で家族に説明がある。2名の看取り支援があり、職員間で「日々のケアを大切に」を更に意識している。 |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 入居者の事故発生についてのリスクマネジメントの勉強会を行い、再発防止や早期対応について研鑽を行っている。また、消防隊をお招きし、定期的に心肺蘇生法や応急処置についての勉強会を行っていただき、実践できるよう努めている。                        |   |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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  | 福祉避難所として年1回程行政と一緒に総合防災訓練を行っている。また、毎月何かしらの防災訓練を行い、全職員が交代で避難訓練を行っている。地域へは訓練時に文書を出して参加依頼を行っているが、最近参加者が減少しているため、アプローチ方法の検討が必要であると考えている。 | 昼間・夜間想定避難や消防署員による心肺蘇生法の実技講習など、テーマ毎に毎月訓練をしている。避難時に入居者が首に下げられる名前のプレートを居室に備えている。近隣の要望で災害時のサイレン装置がある。               |                   |

| 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 |
| <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<br>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                   | 一人一人に合わせた声掛けやタイミングでの関わりを実践している。プライバシーに配慮し沈黙の誘導などを専門的な関わりを交えたり、その人に合った口調や言葉遣いを使用し対応している。                                     | 皆の顔が見える和室に一人でいたり、調理師の経験を活かすなど、その人らしさを尊重している。距離感を大事にし、トイレ誘導の時は言葉でなく、目を合わせて手招きする動作を心掛けている。      |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 日常生活において声掛けを工夫し自己決定を促している。(質問方法・口調・トーン等)  |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 何がしたいのか思いを汲み取り、漬物作りや干し柿作り等希望に合わせた対応を行っている。起床時間や食事の時間なども入居者個々のペースに合わせている。入浴時間も特に指定しておらず、好きな時間に入浴を行っている。                      |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 自立している入居者であっても、毎日同じ洋服にならないように声掛けしたりお手伝いしている。季節に合った身だしなみになるよう心掛けている。   |   |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 入居者と食事を作ったり、後片付けを行い、一方的な支援にならないように心がけている。週2回の希望メニューでは漬物やお刺身などの好きな物を食べられる支援をしている。  | 火曜と金曜の夕食は入居者の希望する刺身や炊き込みごはん、あら汁などの献立で、材料購入を一緒にしている。誕生会はその人の好みに合わせて、皆で中華料理店やイタリア料理店などで外食をしている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 食事水分量は、記録に残し把握している。一人一人にあった方法で摂取を促しているが、全般的に水分摂取量の少ない入居者が多いので夏場の脱水予防にはゼリーや西瓜、各種ジュース等振りやすい物を提供し支援している。                       |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | ほぼ全ての入居者が歯科医師による訪問指導や歯科衛生士による口腔ケアを行っている。また、職員へその方法等も指導を受けている。口腔内に溜め込みがある方は食前、食後に都度ケアを行っているが、多くの入居者に関しては起床時、就寝時には口腔ケアを行っている。 |   |                   |



| 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<br>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                              | 排泄の記録により情報を把握し、本人のシグナルに合わせてトイレ誘導したり声掛けをしながら、失敗を減らして生活できるように支援している。   | 立ち上がったリズボンを触るなどのサインを捉えて、トイレでの排泄を支援している。自らトイレに行く姿を職員が見て、リハビリパンツから布パンツに替えた方がいる。おむつは全員使用していない。              |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 法人内の管理栄養士が献立を作成している。またそれ以外でも、もち麦を取り入れたり、毎朝の食事の時に乳製品を提供している。積極的な運動などは行っていないが、生活の中で歩行を促したり、車椅子の自操等の運動により便秘の予防に取り組んでいる。 |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 特に入浴時間等は定めておらず、入りたい時に入りたい人と好みの湯温で入浴出来るように支援している。入浴剤を入れリフレッシュしたり、毎日入る方、寝る前に入る方等柔軟に対応している。                             | 4名程の方が毎日入浴している。介護度が高い方はリフト浴を使ったり、職員2人で介助している。個々に関わることができる時間の中で、昔話などをしながら思いを聞いている。入浴を拒む方はいない。             |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | 夕方からは静かな環境作りを行い、適切な休息がとれるように支援している。また、入居者の居室に限らず、和室やソファで休むなど、その時の状態に合わせて対応している。                                      |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | 各自把握するよう努めている。服薬時はミスを防ぐために職員間で確認をしている。また、嚥下状態に応じて薬の形状を粉末に変更する等、確実な服薬に努めている。薬の副作用については全職員が把握出来ていないので検討が必要である。         |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 食器拭き、洗濯物たたみ、掃除など役割を支援している。食事の配膳や味の感想、作り方を教えて頂くことで張り合いや喜びに繋がっている。ドライブやたばこ、飲酒等気分転換の支援も行っている。                           |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 入居者の体調面から外出の機会は減っているが、買い物や季節を感じられるドライブを行ったり、家族や地域の方と一緒に参加できる行事を企画し行っている。   | 近くの陸奥総社宮やコンビニへ散歩に行っている。ドライブでは、入居者の希望で松島町や七ヶ浜町を巡ったり、塩釜市の魚市場やスーパーで買い物をしている。季節の多賀城あやめ園見学や自衛隊駐屯地祭りなどへの外出がある。 |                   |



| 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<br>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  | 入居者の金銭は事業所でお小遣いをお預かりし、希望時にお渡しをして好きな物を購入できるように支援している。   |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | あまり希望がないのが現状であるが、希望があれば支援できる体制を整えている。  |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 季節ごとの壁面装飾や中庭に植えている草花で季節を感じて頂ける工夫をしている。また、状況に応じた職員の声のトーン等も意識して声掛けを行っている。意図的に室内に外からの風や光を入れて環境を整備している。  | 季節の花が咲いている中庭の花壇を挟み、ユニット毎の食堂兼リビングが続いている。午前と午後窓を開けて換気をしている。浴室前やリビングにソファを置いたり、和室や掘りごたつなど、寛ぎの場所がある。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | リビングのソファや、和室を活用し、個々に合わせた居場所づくりや空間を工夫している。好きな時にどの場所でも過ごしていただけるように支援している。  |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 自宅などで長年使用した物や馴染みの物を持ってきていただいている。(家具やアルバム等)また、家族の写真や行事で撮影した写真などを居室に貼飾り、居心地の良い空間づくりに配慮している。  | エアコン、クローゼット、洗面台、ベッドが備えてある。以前過ごしていたの部屋のように、筆筒や藤椅子、テレビや冷蔵庫、掛け軸や仏壇があるなど、思い思いの居室になっている。             |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 入居者の出来る事の確認を会議で行って、状態把握に努めている。また、トイレに張り紙をしたり、各居室には表札を出して、入居者本人が分かるように工夫している。また、車椅子を自分で操作したり、歩行の不安定な方なるべく自分で歩行出来る様に、通路に物を置かないようにする等安全面にも配慮を行っている。 |   |                   |

### 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   | 0490900065       |       |      |
| 法人名     | 社会福祉法人功寿会        |       |      |
| 事業所名    | グループホーム「市川桜の家」   | ユニット名 | さざんか |
| 所在地     | 宮城県多賀城市市川字奏社31-8 |       |      |
| 自己評価作成日 | 平成 30 年 8 月 9 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.kaijokensaku.jp/">http://www.kaijokensaku.jp/</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                                |  |  |
|-------|--------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会 |  |  |
| 所在地   | 宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成30年9月4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)】

職員は毎年入居者の状態に合わせて、理念である「安全 自由 笑顔のある豊かな暮らし」に基づき行動指針を策定し、関わりを行っている。認知症になっても地域の一員として生活が出来るように、日中は施設せず自由に入りが出来る環境にあり、地域の方に行事に参加いただいたり、地域の行事に参加する等の取り組みを行っている。関わり方においては自己決定・自己選択を引き出し、「入居者主体」の生活を送って頂けるよう支援している。また入居者が重度化しても安心して生活できるよう仙台北台往診クリニックのサポートをいただきながら24時間365日いつでも医療的なサポートが受けられる体制にあり、看取りまで支援している。また、職員研修については、外部への研修を交代で行っており、事業所内では職員個別にカリキュラムを組み、いつでも自分の都合に合わせて勉強会が受けられる体制にある。また法人として資格取得の為の学費補助の支援も行っており、スキルアップや意欲を持って仕事ができる環境を整えている。

【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)】

多賀城址東門跡地の境界に位置するホームは、木々の緑に囲まれ静かな環境にある。地域住民から「職員の笑顔や挨拶が好印象」との声もあり、年末には住民が率先して材料と道具をホームに運び、入居者と一緒に餅つきや雑煮づくりをした。季節ごとに地区とホーム双方の行事交流がある。職員は「自分が入居者だったらどのようにしたいか」の姿勢で入居者に添い、思いを引き出すことで入居者が望む自由な生活を支援している。目標達成計画の「家族来訪時の声掛け、様子の伝達や要望を聞く」について、家族とともに支え合う大切さについて話し合い、信頼関係を意識した会話や連絡を実践している。

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<br>↓該当するものに○印  | 項目  | 取り組みの成果<br>↓該当するものに○印  |
|--|--|---|--|
| 56<br>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<br>(参考項目:23,24,25)     | ○<br>1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<br>4. ほとんど掴んでいない | 63<br>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<br>(参考項目:9,10,19)   | ○<br>1. ほぼ全ての家族と<br>2. 家族の2/3くらいと<br>3. 家族の1/3くらいと<br>4. ほとんどできていない    |
| 57<br>利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある<br>(参考項目:18,38)           | ○<br>1. 毎日ある<br>2. 数日に1回程度ある<br>3. たまにある<br>4. ほとんどない                  | 64<br>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<br>(参考項目:2,20)                     | ○<br>1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br>3. たまに<br>4. ほとんどない                  |
| 58<br>利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている<br>(参考項目:38)                 | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 65<br>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<br>(参考項目:4) | ○<br>1. 大いに増えている<br>2. 少しずつ増えている<br>3. あまり増えていない<br>4. 全くない            |
| 59<br>利用者は、職員が支援することで生き生きした表情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 66<br>職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)                                      | ○<br>1. ほぼ全ての職員が<br>2. 職員の2/3くらいが<br>3. 職員の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない       |
| 60<br>利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている<br>(参考項目:49)                | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 67<br>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                                       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |
| 61<br>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<br>(参考項目:30,31)       | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    | 68<br>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                                   | ○<br>1. ほぼ全ての家族等が<br>2. 家族等の2/3くらいが<br>3. 家族等の1/3くらいが<br>4. ほとんどできていない |
| 62<br>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<br>(参考項目:28) | ○<br>1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br>3. 利用者の1/3くらいが<br>4. ほとんどいない    |   |  |

2 自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名

グループホーム「市川桜の家」

ユニット名

さざんか

| 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<br>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  | 毎年、年に一度、職員間で理念を構築し、理念に基づき実践を行う努力をしている。又、毎朝のミーティング時に唱和を行い、職員間で理念の共有化を図っている。  | 自分が入居者だったらどのようなことを望むのかを念頭に置いて話し合った。行動指針に「ときめきのある生活」を掲げた。一人ひとりの思いに沿ったケアを心掛け、笑顔のある自由な暮らしの支援に努めている。               |                   |
| 2                  | (2) | ○事業所と地域とのつきあい<br>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  | 町内会に加入し、地区の行事(清掃活動、各種集会、お祭りなど)にも積極的に出向いている。時折、近所の方が入居者を訪ねてきて、一緒にお茶飲みをしている。また介護よろず相談窓口を設けており、地域の方からいつでも相談していただける体制を設けている。    | ホームの敬老会に地域のすずめ踊りや民謡サークルが来訪したり、納涼会、餅つき、ひな祭りの着付けなど、住民の参加協力がある。野菜や魚、肉などの食材を週2回、地域の商店で購入している。                      |                   |
| 3                  |     | ○事業所の力を活かした地域貢献<br>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  | 地域公開講座と題して、専門職をお招きし、介護技術の講習会や言語聴覚士による歯科指導等の講座を年2回、地域の保健衛生推進委員と協働開催で行っている。数年前には管理者が認知症サポーター養成講座を実施し、認知症に対する理解を深めて頂けるようにしている。 |  |                   |
| 4                  | (3) | ○運営推進会議を活かした取り組み<br>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                                     | 入居者の状況報告や、行事・防災報告等を行っている。また、会議で頂戴した意見は職員会議に挙げて改善を図っている。また報告内容は議事録にまとめ、HPや事業所内に掲示して誰でも閲覧できるようにしている。                          | 状況報告や家族アンケート内容などについて、意見交換をしている。洗濯物の間違いを防ぐ改善案が出たり、災害時の避難場所の確認をしている。区長や民生委員と市、地域包括、社協各職員の出席がある。                  |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>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取り組んでいる  | 行政からの依頼で管理者が認知症サポーター養成講座の講師を行い、地域住民の認知症ケア普及活動に協力をしている。また、事業所では行っていないが多賀城市新田地区での認知症カフェに参加し、家族介護の相談窓口対応もやっている。                | 震災仮設住宅からの入居、成年後見制度該当の是非など、その時々で相談をし、助言がある。感染症対策、地域防災講座などの研修案内があり、参加している。                                       |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>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 | 全職員対象の勉強会で高齢者虐待防止法の理解を行うとともに、全ての職員がなぜ身体拘束をしないといけないかの理解に努めている。日中、玄関の施錠をしていない事から、入居者は自由に出入り出来ている。                             | 不適切ケアがないかの話し合いで、「立って、座って」などの言動や、椅子から立ち上がる際の支援の仕方などの意見があった。改善に向けた提案を共有し、ケアに反映している。外出の傾向が見られた時は、さり気なく寄り添い見守っている。 |                   |
| 7                  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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                                     | 今年度より、3カ月に1度身体拘束適正化検討委員会を開催し、不適切ケアを見逃さない職員間のチームづくりを行い、高齢者虐待の要因に成りうる不適切ケアの防止に努めている。  |  |                   |

| 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 |
| 8  |     | ○権利擁護に関する制度の理解と活用<br>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    | 内部研修や外部研修において全職員が学び、理解を深める努力をしている。ご家族が後見人として成年後見制度を活用している入居者もいる。身寄りのない入居者は行政や地域包括支援センターに報告や相談を行っている。                            |   |                   |
| 9  |     | ○契約に関する説明と納得<br>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                         | 入居の際に十分な時間を取り説明を行い、ご理解いただいた後に署名捺印を頂いている。また、入居後の不明な点は、職員が聞き取りを行い、状況により、管理職から説明を行い改善を行っている。                                       |   |                   |
| 10 | (6) | ○運営に関する利用者、家族等意見の反映<br>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                     | 玄関に意見箱を設置している。また、年1回ご家族へサービス満足度調査のアンケートを実施している。ご家族の面会や電話連絡の際には出来る限りお話を伺うようにしている。また、家族会を年に2回行い、運営に対する意見や要望を伺い、不参加の方には報告書を送付している。 | 居室の整理、清掃や家族参加の行事、洗濯物や濡れたタオルの管理など、遠慮のない意見がある。洗濯物の間違いでは、複数の職員が確認することで、間違わないようにしている。その都度で話し合い対応している。 |                   |
| 11 | (7) | ○運営に関する職員意見の反映<br>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                                      | 年2回面談を行い、職員から意見を聞く場を設けている。それ以外にも会議などで職員からの意見を抽出する機会を設けている。また、職員満足度調査のアンケートを実施し、職場環境の改善に努めている。                                   | 職員の意見で、入居者の状態などで不安を感じた時は、施設長に連絡をすることを確認した。職員が入居者との外食や外泊に付き添う時は、法人から経費負担の補助がある。                    |                   |
| 12 |     | ○就業環境の整備<br>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      | 年に2回面談を行い、職員の実績等を評価する人事考課を行っている。また、法人で資格手当や夜勤手当等の見直しがあり、手当が増額になっている。  |   |                   |
| 13 |     | ○職員を育てる取り組み<br>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         | 内部研修や、外部研修に行く機会を多く持ち、その後、会議の場で、報告する事で、伝える能力を身に付けられるようにしている。又、個別のカリキュラムを作成し、個々の能力の把握、知識の向上に努めている。                                |   |                   |
| 14 |     | ○同業者との交流を通じた向上<br>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 | 宮城県認知症グループホーム協議会のブロック集会や実践報告会に参加し、同業での交流の機会を図っている。  |   |                   |

| 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 |
| <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<br>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 | 入居前の実態調査から本人へ事業所の説明を行い、不安が少しでも解消するように努めている。また、入居後もお話を伺い、安心して生活出来るように環境づくりを行っている。                                      |   |                   |
| 16                          |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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            | 入居前の実態調査から、事業所の取り組み等をお伝えして、少しでも不安を解消して頂けるように懇切丁寧な説明を心掛けている。また入居後もご家族へこまめな報告を行いながら、意見を伺う様にしている。                        |   |                   |
| 17                          |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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        | 入居前の実態調査から本人や家族の意向を聞き、必要に応じて行政や地域包括支援センターと連携をしている。以前入居されていた方で行政の方と成年後見制度の利用を相談し、検討をした事もあった。                           |   |                   |
| 18                          |     | ○本人と共に過ごし支えあう関係<br>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                        | 職員は共に生活しているリビングパートナーとして、信頼関係の構築に努めているが以前に比べて関わりをもつ時間が減少してきているので、検討が必要である。   |   |                   |
| 19                          |     | ○本人を共に支えあう家族との関係<br>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         | 家族との連絡はこまめに行っている。体調不良時は勿論のこと、面会時や電話連絡時に普段の様子を伝えたり、毎月居室担当者が様子を伝える手紙を書き、近況を伝えている。行事の際は家族に参加して頂き、共に支える体制を築けるよう働きかけをしている。 |   |                   |
| 20                          | (8) | ○馴染みの人や場との関係継続の支援<br>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                     | 入居者の行きたい場所へほぼ毎日ドライブに出掛け馴染みの場所や行きたい場所へ行っている。また、家族と自由に出かけたり、友人が訪ねてくる事もある。多賀城駐屯地のお祭りやあやめ園見学など、地域との関係が途切れないような支援を心掛けている。  | 以前利用していたデイサービスの友人が来訪したり、家族との外出時に馴染みのパン店や寿司屋に行っている。友人がいる塩釜の花屋や地域のスーパーでの買い物、多賀城駅前などに出掛けている。 |                   |
| 21                          |     | ○利用者同士の関係の支援<br>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                 | 職員が間に入り、良好な関係づくりに努め、孤立しない様に馴染みの関係作りに努めている。また、常に入居者同士の関係性の把握を行い、入居者間の出来事は都度申し送りや、会議等で情報共有して関わりを行っている。                  |   |                   |

| 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 |
| 22                                 |      | ○関係を断ち切らない取組み<br>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                    | サービス終了後もいつでも相談できる体制を整えている。直近で相談を受けた事例はないが、以前入居されていた入居者のご家族から知人の家族介護について相談を受けた時がある。           |  |                   |
| <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<br>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   | 本人へ意向を確認しながら、また難しい場合はご家族に確認し、その意向や本人の状況を課題検討してケアプランに反映し、その方が望む生活が送れるように配慮している。               | 就寝前や入浴時などで、昔話などの会話から思いを聞いている。早朝におしぼりを準備したり得意な調理を手伝うなど、日課とした姿を尊重している。遠方の「家族に会いたい」などの望みを汲み取り、対応している。 |                   |
| 24                                 |      | ○これまでの暮らしの把握<br>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                                       | その方の歩んできた歴史や、暮らし方を本人または家族から聞き取りを行い、なるべくその生活が送れるように支援している。また入居した事により起こりうる環境の変化による影響の軽減に努めている。 |  |                   |
| 25                                 |      | ○暮らしの現状の把握<br>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   | ケース記録や申し送り、日誌などで情報共有し、カンファレンスで一人ひとりの出来る事や心身の状態を職員間で共有し、日々のケアの中での現状の把握に努めている。                 |  |                   |
| 26                                 | (10) | ○チームでつくる介護計画とモニタリング<br>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 | 毎月の会議において一人一人の現状の把握とケアの見直しを行うようにしている。その会議をサービス担当者会議と位置づけて、必要に応じて課題分析を行い、介護計画の変更を行っている。       | 普段の会話や会議での職員の意見、受診時の医師の意見を入れて、6ヵ月ごとに見直し作成している。随時の見直しで、退院後の褥瘡や食事量の改善、本人が希望する外出などを計画に入れた。            |                   |
| 27                                 |      | ○個別の記録と実践への反映<br>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                        | 介護記録や職員全体が確認する申し送り帳により情報共有し日々のケアの実践に活かしている。また、職員間で意見交換をしたり話し合いの場を設けて、より良いケアと介護計画に活かしている。     |  |                   |
| 28                                 |      | ○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化<br>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               | 入居者により外部から栄養士が来苑し訪問栄養指導を受けたり、歯科医師や衛生士、言語聴覚士によるリハビリを受けている入居者がいる、また、共用型デイサービスで地域から利用者を受け入れている。 |  |                   |

| 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 |
| 29 |      | ○地域資源との協働<br>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                                      | 近隣の商店で買い物したり地域の行事に参加するなどして、地域の中で安心して暮らせるように支援している。選挙に行ったり、近隣の神社のお祭りに参加したりお花見を行う等地域に根ざし生活を楽しんでいる。                                    |   |                   |
| 30 | (11) | ○かかりつけ医の受診支援<br>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                                  | 24時間体制で、仙台往診クリニックと連携を取り、その他にも月2回の定期往診を行っている。又、必要に応じ、皮膚科や他医療機関を受診している。   | 専門医の受診や定期検査、入退院時は家族か職員が付き添っている。家族と本人の希望で訪問歯科を利用し、口腔ケアと治療を受けている。個人別受診記録がある。                                      |                   |
| 31 |      | ○看護職との協働<br>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                          | 日々のバイタルを介護記録に残し、その中で得られた情報を、事業所内の看護師に報告して情報の共有を行っている。また、入居者に変わりがる時には、仙台往診クリニックへ報告し、指示を仰いでいる。  |   |                   |
| 32 |      | ○入退院時の医療機関との協働<br>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。 | 入院中から、医療機関の各関係者と連絡を取り合い、本人と家族が安心して治療を受けられるように支援している。退院時は退院調整会議などで状況を確認し、職員間で情報共有による関わり方の統一を心掛けている。                                  |   |                   |
| 33 | (12) | ○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援<br>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  | 入居時に重度化した場合や終末期についての意向を確認し同意書に基づき説明をしている。また、入居後も終末期に対する意向が変わった場合は、主治医へ報告を行い連携を行っている。また、勉強会で職員に重度化や終末期のケアの在り方など知識の向上に努めている。          | 重度化と看取りに関する指針の文書があり、入居時や、必要な状況を見ながら家族に伝えている。訪問診療の医師から「看取りの勉強Q&A」で家族に説明がある。2名の看取り支援があり、職員間で「日々のケアを大切に」を更に意識している。 |                   |
| 34 |      | ○急変や事故発生時の備え<br>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  | 心肺蘇生法や、AEDの操作方法を、消防署員を招き、講習を、受講している。しかし、全職員の受講には至っていない。急変時や事故発生時には、往診クリニックに報告し、指示を受けている。  |   |                   |
| 35 | (13) | ○災害対策<br>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  | 福祉避難所として年1回程行政と一緒に総合防災訓練を行っている。また、毎月何かしらの防災訓練を行い、全職員が交代で避難訓練を行っている。地域へは訓練時に文書を出して参加依頼を行っているが、最近参加者が減少しているため、アプローチ方法の検討が必要であると考えている。 | 昼間・夜間想定避難や消防署員による心肺蘇生法の実技講習など、テーマ毎に毎月訓練をしている。避難時に入居者が首に下げられる名前のプレートを居室に備えている。近隣の要望で災害時のサイレン装置がある。               |                   |



| 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 |
| <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<br>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                   | 一人一人に合わせた声掛けやタイミングでの関わりを実践している。また、パーソナルスペースの勉強会を行い、職員にプライバシーに対する意識づけを行っている。   | 皆の顔が見える和室に一人でいたり、調理師の経験を活かすなど、その人らしさを尊重している。距離感を大事にし、トイレ誘導の時は言葉でなく、目を合わせて手招きする動作を心掛けている。      |                   |
| 37                               |      | ○利用者の希望の表出や自己決定の支援<br>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                     | 日々の関わりから、入居者の表情の変化や仕草に気づきを持ち自己決定を促す努力をしている。また、自分で決定する事が難しい方は、閉じた質問や開かれた質問等を活用して関わりを行っている。                                   |   |                   |
| 38                               |      | ○日々のその人らしい暮らし<br>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 | 何がしたいのか思いを汲み取り、漬物作りや干し柿作り等希望に合わせた対応を行っている。起床時間や食事の時間なども入居者個々のペースに合わせている。入浴時間も特に指定しておらず、好きな時間に入浴を行っている。                      |   |                   |
| 39                               |      | ○身だしなみやおしゃれの支援<br>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                                  | 自立している入居者であっても、毎日同じ洋服にならないように声掛けしたりお手伝いしている。季節に合った身だしなみになるよう心掛けている。   |   |                   |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>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     | 週2回の希望メニューを活用し、食べたい物を自分達で買い物に行き選んでいる。食事の準備や調理、後片付けをして頂いている。職員全員が、入居者の好みを把握できるとより良いケアが出来ると考えられるので検討が必要である。                   | 火曜と金曜の夕食は入居者の希望する刺身や炊き込みごはん、あら汁などの献立で、材料購入を一緒にしている。誕生会はその人の好みに合わせて、皆で中華料理店やイタリア料理店などで外食をしている。 |                   |
| 41                               |      | ○栄養摂取や水分確保の支援<br>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          | 食事水分量は、記録に残し把握している。一人一人にあった方法で摂取を促しているが、全般的に水分摂取量の少ない入居者が多いので夏場の脱水予防にはゼリーや西瓜、各種ジュース等振りやすい物を提供し支援している。                       |   |                   |
| 42                               |      | ○口腔内の清潔保持<br>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                   | ほぼ全ての入居者が歯科医師による訪問指導や歯科衛生士による口腔ケアを行っている。また、職員へその方法等も指導を受けている。口腔内に溜め込みがある方は食前、食後に都度ケアを行っているが、多くの入居者に関しては起床時、就寝時には口腔ケアを行っている。 |   |                   |

| 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<br>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                              | 排泄の記録により情報を把握し、本人のシグナルに合わせてトイレ誘導したり声掛けをしながら、失敗を減らして生活できるように支援している。   | 立ち上がったリズボンに触るなどのサインを捉えて、トイレでの排泄を支援している。自らトイレに行く姿を職員が見て、リハビリパンツから布パンツに替えた方がいる。おむつは全員使用していない。              |                   |
| 44 |      | ○便秘の予防と対応<br>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  | 法人内の管理栄養士が献立を作成している。またそれ以外でも、もち麦を取り入れたり、毎朝の食事の時に乳製品を提供している。積極的な運動などは行っていないが、生活の中で散歩をする等、運動により便秘の予防に取り組んでいる。  |  |                   |
| 45 | (17) | ○入浴を楽しむことができる支援<br>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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 特に入浴時間等は定めておらず、入りたい時に入りたい人と好みの湯温で入浴出来るように支援している。入浴剤を入れたり、本人が自分で選んだシャンプー等を使用している方もいる。毎日入る方、寝る前に入る方等柔軟に対応している。 | 4名程の方が毎日入浴している。介護度が高い方はリフト浴を使ったり、職員2人で介助している。個々に関わることができる時間の中で、昔話などをしながら思いを聞いている。入浴を拒む方はいない。             |                   |
| 46 |      | ○安眠や休息の支援<br>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   | 夕方からは静かな環境作りを行い、適切な休息がとれるように支援している。また、入居者の居室に限らず、和室やソファで休むなど、その時の状態に合わせて対応している。                              |  |                   |
| 47 |      | ○服薬支援<br>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  | 服薬時のトリプルチェックを行い、飲みこむまでの確認を行う。臨時薬服薬時には様子観察を行い、変わりがある場合は主治医へ報告し、指示を仰いでいる。薬の副作用については全職員が把握出来ていないので検討が必要である。     |  |                   |
| 48 |      | ○役割、楽しみごとの支援<br>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                             | 入居者の中でそれぞれに役割があり、台所仕事、掃除、洗濯等が入居者同士の話し合いや職員の声掛けにより分担されている。また、お酒やたばこタバコを吸われる方もいる。                              |  |                   |
| 49 | (18) | ○日常的な外出支援<br>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 | 買い物や季節を感じられるドライブを行ったり、家族や地域の方と一緒に参加できる行事を企画し行っている。2名の入居者の方が温泉で蟹の食べ放題を食べたいとの意向で松島に1泊温泉旅行に職員付き添いで行かれている。       | 近くの陸奥総社宮やコンビニへ散歩に行っている。ドライブでは、入居者の希望で松島町や七ヶ浜町を巡ったり、塩釜市の魚市場やスーパーで買い物をしている。季節の多賀城あやめ園見学や自衛隊駐屯地祭りなどへの外出がある。 |                   |

| 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<br>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  | 自己管理されている方は現在いないが、希望時にはすぐに使えるように事務所にて管理をしている。  |   |                   |
| 51 |      | ○電話や手紙の支援<br>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   | 希望時には、事業所内の電話を使用できるようにしている。また、携帯電話を持ち自分で家族と連絡をとっている入居者もいる。手紙は本人の希望を聞き、郵送している。  |   |                   |
| 52 | (19) | ○居心地のよい共用空間づくり<br>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 | 季節ごとの壁面装飾や中庭に植えている草花で季節を感じて頂ける工夫をしている。また、状況に応じた職員の声のトーン等も意識して声掛けを行っている。意図的に室内に外からの風や光を入れて環境を整備している。  | 季節の花が咲いている中庭の花壇を挟み、ユニット毎の食堂兼リビングが続いている。午前と午後窓を開けて換気をしている。浴室前やリビングにソファを置いたり、和室や掘りごたつなど、寛ぎの場所がある。 |                   |
| 53 |      | ○共用空間における一人ひとりの居場所づくり<br>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  | 和室や脱衣場前のソファなど一人になれる環境づくりや、居室のしつらえを馴染みのあるものにし、一人になれる空間を作っている。   |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>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  | 入居時に使い慣れた馴染みの物を持ちこんで頂き、本人や家族と居室の配置を考えている。現在、仏壇や掛け軸、家具を持ちこまれている方やがいます。  | エアコン、クローゼット、洗面台、ベッドが備えてある。以前過ごしていたの部屋のように、筆筒や藤椅子、テレビや冷蔵庫、掛け軸や仏壇があるなど、思い思いの居室になっている。             |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<br>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   | 入居者の出来る事の確認を会議で行って、状態把握に努めている。また、トイレに張り紙をしたり、各居室には表札を出して、入居者本人が分かるように工夫している。また、車椅子を自分で操作したり、歩行の不安定な方なるべく自分で歩行出来る様に、通路に物を置かないようにする等安全面にも配慮を行っている。 |   |                   |