

平成 22 年度

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 | 0290200013 | | |
| 法人名 | 医療法人慶生会 | | |
| 事業所名 | グループホームかわばた | | |
| 所在地 | 弘前市西川岸町6-1 | | |
| 自己評価作成日 | 平成22年11月14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.aokaigojyouho.jp/kaigosip/infomationPublic.do?JCD=0290200013&SCD=320 |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

| | | | |
|-------|---------------------------------------|--|--|
| 評価機関名 | 社団法人青森県老人福祉協会 | | |
| 所在地 | 〒030-0822 青森県青森市中央3丁目20番30号 県民福祉プラザ3階 | | |
| 訪問調査日 | 平成22年12月10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)】

| |
|--|
| <p>①療養病床からの転換型なので看護師が多いのが特徴です。それを活かして身体ケアに力を入れています。</p> <p>②弘前の中心といった利点に恵まれているので地域にもっと入れると考えましたが思う様にすすんでいないのが現状です。</p> |
|--|

【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)】

| |
|--|
| <p>商業施設が密集する通りに近く、人や車の往来が頻繁である。町内には数軒の民家があるが、町会の活動は休止している。隣り合う町会の民生委員の協力を得て、地域との関係を構築する努力をされている。療養型からの転換により、ケアを担当している職員の多くは看護師の資格を持っている。バイタルサインのチェックを中心とした健康管理に重点を置き、医療機関の時からチームワークを大切に、認知症に関わる取り組みと自立支援をすすめている。</p> |
|--|

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くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができている (参考項目:9,10,19) | ○ 1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない |
| 57 | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面がある (参考項目:18,38) | ○ 1. 毎日ある 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている (参考項目:2,20) | ○ 1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 4. ほとんどない |
| 58 | 利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている (参考項目:38) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりが拡がりや深まりがあり、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した表情や姿がみられている (参考項目:36,37) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 66 | 職員は、生き活きと働けている (参考項目:11,12) | ○ 1. ほぼ全ての職員が 2. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 60 | 利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目:49) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない |
| 61 | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている (参考項目:30,31) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う | ○ 1. ほぼ全ての家族等が 2. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどできていない |
| 62 | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らしている (参考項目:28) | ○ 1. ほぼ全ての利用者が 2. 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない | | | |

自己評価および外部評価結果

[セル内の改行は、(Altキー)+(Enterキー)です。]

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|--------------------|-----|---|---|--|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| I. 理念に基づく運営 | | | | | |
| 1 | (1) | ○理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義をふまえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている | 共有と実践が理解されていません。 | 職員全員で話し合い理念を作成している。理念はホーム内に掲示し、利用者や来客の目に触れるようにしている。しかし、職場の中で共有されておらず、地域との関係性についての内容を加えて、平易な文章で作成する予定である。 | 理念が職員間で共有できるように話し合いの機会を持ち、意識して取り組むとともに、理念がケアに反映されることを望みます。 |
| 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、事業所自身が地域の一人として日常的に交流している | ほとんどありません。現在手さぐりの状況です。 | 市の中心部に位置し、商業施設の集中する繁華街に接しており、在住生活者は数軒しかなく、世帯は高齢化している。そのため町会運営の担い手がおらず活動は停止している。隣接する町会の民生委員が運営推進会議に出席している。 | 町会活動が休止しているのは残念ですが、ホームを中心に、地域で必要とされる活動や役割を隣接する町会を含めて連携を図っていくことを望みます。 |
| 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 | ほとんど実践されていません。 | | |
| 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 | 利用者、また施設の問題点を話し合いアドバイスをいただいております。 | 運営推進会議は2ヶ月に1回実施している。行事内容や排泄の自立支援等について意見交換している。また、民生委員の協力を得て、会議の出席者を中心に地域住民に申し入れをする等働きかけていく予定である。開催は案内状を送付して出席を求めているが、市職員・地域包括支援センターの両者が欠席していることがある。 | 定期的な会議の開催を実施しておりますが、市役所職員、地域包括支援センター職員共に欠席していることがありますので、どちらかが出席するよう調整することを望みます。 |
| 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取り組んでいる | 推進会議への出席をお願いしております。出席されない時は状況を報告しております。 | 直接市役所に出向いて生活福祉課の窓口におもむくことが多いが、生活保護を受給している利用者の相談が中心であり、ホームの運営に関する事柄は話し合うことが少ない。 | |
| 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 | 資料を作成して勉強会等に取り組んでいますがまだ正確に理解できておりません。 | 市の実地指導後「身体拘束廃止」のパンフレットを活用して資料を作成し、全職員で勉強会を実施している。身体拘束の禁止行為の理解を深め、具体的なケアに生かせるよう共有し取り組んでいる。玄関は施錠せずセンサー、インターホンを使用し様子を見ている。自由に外に出て行く利用者はいないが、出るような時等は共に行動している。居室は2階にあり、外出時は職員が同行してエレベーターで移動している。 | |
| 7 | | ○虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等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 | 資料を作成し勉強会等に取り組んでいます。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|-----|--|---|--|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 支援し活用しています。現在2名程後見人がついております。 | | |
| 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 | おこなっています。 | | |
| 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並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 | 家族と話をする機会また要望等は良く話されていますがまだ運営に反映する所まで行っていません。 | 面会時に家族と話し合う機会を設けているが、希望・要望を聴取することが出来ていても、運営に反映するための意見の集約や検討会の実施等、具体的などころまでは進んでいない。ケアプランに基づく生活支援や、利用者に対する職員のケアにはまだ統一性がない。 | 家族からの意見・不満・要望を気軽に伝えられるように、話し合いの機会を見つけて積極的に聴く努力と場面作りを行う事に期待します。 |
| 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 | 毎月1～2回の会議を開催し話し合っています。 | 職員への連絡・通達や行事に関する打ち合わせ会議等は、朝の申し送りの後 10～20分位を使って行っている。しかし、定期的なカンファレンス・モニタリングの時間がとりにくく、計画的な実施が困難な状態である。 | 管理者は、運営や管理、サービスの質について、現場職員からの意見や情報を取り入れ、職員のケアの統一性を求めて行くための会議やミーティングを定期的に行う事を望みます。 |
| 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 | 法人なので上のほうでほとんど管理をしています。管理者としては最低限の環境を作っています。 | | |
| 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 | 機会がある度に研修には参加しています。 | | |
| 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 | ほとんどありませんが必要な時は包括センター等に行ったり電話をかけたります位です。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------|-----|---|---------------------------------------|--|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 サービスの利用を開始する段階で、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 | 利用者が混乱しない様に良く話を傾聴していますが、一方的な物になっています。 | | |
| 16 | | ○初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている | 家族の要望等傾聴していますが、一方的な物になっています。 | | |
| 17 | | ○初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、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 | 努力しています。 | | |
| 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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている | なかなか築けず一方的になっています。 | | |
| 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置かず、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 | 家族とは良く連絡を取り合っていますがまだそこまで築けないでいます。 | | |
| 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 | 連絡を取り合ったりしています。 | 利用者の希望に沿って家族・知人・友人に電話をかけている。家族によっては、一度離れた土地に対して抵抗感を持っている方や、ホームに入居したことを知られたいと考えている方もおり、以前生活していた地域との関係継続性を支援することに否定的な見方をしている方もおられる。家族の関係継続性への支援協力は少ない。 | |
| 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 | 努めています。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|------------------------------------|------|--|---------------------------|---|---|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 必要に応じて相談に乗っています。 | | |
| 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 | 力不足を感じています。 | アセスメントはセンター方式を使用して希望・意向を家族から聴いて情報収集をしている。センター方式の全ページを活用して、日々の暮らしの中で利用者の状態の把握に努めている。担当職員を決めて対応しており、意思疎通の困難な利用者に対しては、会話や表情・行動から思いを読み取り把握している。 | 利用者・家族の暮らし方についての要望を日々の関わりの中で言葉・表情等から汲み取り把握していくことを望みます。 |
| 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 | 努めています。 | | |
| 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 | 努めています。 | | |
| 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 | 一方的な計画になっています。 | 介護計画の作成については、本人・家族・後見人の意向や意見を聞いて作成するところまではできていない。定期的な見直しや状態変化に対応した見直しについても検討中である。 | 利用者や家族からの意見・要望を聴き、地域で暮らしていく支援を考慮した介護計画にすると共に、担当職員の意見を加え、現状に即した見直しを望みます。 |
| 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 | 活かしていません。ただの介護記録で終わっています。 | | |
| 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 | 取り組んでいません。 | | |

| 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 | 不足しています。 | | |
| 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 | 支援しています。 | これまで地域で受診してきた医療機関を継続している。また、家族の了解をとり、協力医療機関の受診をしている。月1回位の受診回数で、家族の協力を得て適切な支援をしている。 | |
| 31 | | ○看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員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 | 支援しています。 | | |
| 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、また、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。 | おこなっています。 | | |
| 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 | 取り組んでいます。 | 重度化や終末期に向けた方針や確認のための文書は作成していない。医療機関と相談して看取りを行う方向で検討中である。 | 利用者の状態像が変化した時は、家族との連絡を密にして、今の状態を理解してもらうことが大切であり、随時意志を確認しながら取り組まれることを望みます。 |
| 34 | | ○急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている | 全ての職員までにはまだ身に付けていません。 | | |
| 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 | 築いています。 | 防火管理者の作成した消防計画に基づいて年2回、日中想定・夜間想定で総合訓練を実施している。夜間の防犯体制は警備会社に委託し、緊急時の連絡体制を強化している。 | |

| 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 |
| IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援 | | | | | |
| 36 | (14) | ○一人ひとりの人格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 | できる限り実践していますが職員個々にバラつきがあります。 | 人前で排泄に関わることを意識せずに話している場面が見られている。現任研修やミーティング等で利用者の人格の尊重とプライバシーを損ねない具体的なケアと対応について、職員の指導を行っていく必要性を痛感している。 | ケアの基本であります「利用者の尊厳を大切にし、一人ひとりの権利を保障し、人格を尊重する」対人援助の基本原則について、ミーティングの中で取り上げていただくことを期待します。 |
| 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 | 働きかけています。 | | |
| 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 | 職員側のペースにあてはめられていると考えます。 | | |
| 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 | 起床時援助しています。 | | |
| 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 | まだ楽しんでいる様子を見る事はできていません。食事や後片付けも一部の方しかできていません。 | 職員と一緒に食事をとることで、利用者の様子を見ながら食事の摂取量を確認し、投薬の支援をしている。 | |
| 41 | | ○栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている | 毎食時お茶。10～15度のお茶(好みに応じた飲み物)テーブルの上に湯ざましを置いています。 | | |
| 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 | 毎食後は行っていませんが個々利用者が自分でできる様援助しています。夜間は寝る前の義歯洗浄とケアは必ず行っています。 | | |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|--|--|---|--|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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向けた支援を行っている | できる限り援助をしています。 | 排泄パターンを把握し、トイレ誘導による自立排泄支援に取り組み、紙おむつからリハビリパンツに換えて、さらに下着に戻した90歳代の方がおり、排泄の自立支援をすすめている。 | |
| 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 | 利用者に応じた予防に取り組み、服薬に頼っています。 | | |
| 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てしまわずに、個々に応じた支援をしている | 施設側の時間と曜日に合わせています。支援していません。 | 週2回、午前中に入浴を実施している。1日1ユニット3人程度利用している。この時間帯以外での入浴希望はない。入浴を拒否する利用者は職員が声をかけ、誘導して浴室に入っている。 | 利用者から入浴回数を増やす意見や、夜間入浴の希望があれば、希望を活かした支援をされることを望みます。 |
| 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 | 支援しています。 | | |
| 47 | | ○服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている | 薬手帳の活用と薬の変わった時副作用について薬剤師かの方から説明を聞き注意しています。 | | |
| 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 | 時々支援しています。 | | |
| 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。また、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 | 地域の人々とはなかなかつながりが持たれていますができる限り職員と出かける様にしてしています。 | 外出は食材の購入の時に利用者1名と職員が同行して出かけている。行事等で計画された外出はあるが、利用者の希望に沿った外出はできていない。 | 町の催し物等、利用者の楽しみごとに合わせた外出を支援されることを望みます。 |

| 自己 | 外部 | 項目 | 自己評価 | 外部評価 | |
|----|------|--|-------------------------------------|---|-------------------|
| | | | 実践状況 | 実践状況 | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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 | 支援しています。ただ家族の希望もあり利用者の意にそえない時もあります。 | | |
| 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 | 支援しています。 | | |
| 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 | 工夫が足りないと考えています。 | リビングは大きな窓の採光で明るく、観葉植物が置かれていて落ち着いた雰囲気がある。また、適度に温度・湿度調整されている。台所が接しており、調理の様子が見える。利用者が手伝いやすい広さがあり、共に調理できる環境がある。 | |
| 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 | 工夫していません。 | | |
| 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 | 普通だと思います。 | 居室内は明るく、室温調整されている。収納ダンスやベットが備え付けられている。自宅から持参した写真等が飾られ、自分の部屋として居心地よいように工夫している。 | |
| 55 | | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「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 | できる事は全部自分でしています。職員は見守りだけです。 | | |