

### 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   | 2771000862          |            |            |
| 法人名     | 医療法人松仁会             |            |            |
| 事業所名    | グループホーム雅の家 (1階)     |            |            |
| 所在地     | 大阪府大阪市西淀川区大和田5-4-14 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成25年10月24日         | 評価結果市町村受理日 | 平成26年1月10日 |

※事業所の基本情報は、公表センターページで閲覧してください。(↓このURLをクリック)

|          |  |
|----------|--|
| 基本情報リンク先 |  |
|----------|--|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |  |  |  |
|-------|--|--|--|
| 評価機関名 | 特定非営利活動法人ニッポン・アクティブライフ・クラブ ナルク福祉調査センター |  |  |
| 所在地   | 大阪市中央区常盤町2-1-8 親和ビル4階                  |  |  |
| 訪問調査日 | 平成25年12月13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)】

介護職員は目配り・気配り・思いやりをモットーに「あたり前を考え」地域の中で利用者様と一緒に暮らしています。職員の元気さは今も健在で、明るく接する事が利用者様を元気にする事だと確信しています。雅の家は季節行事を大切にし、一日の積み重ねが一月、そして一年と家族・親戚・地域の人々と共に受入れ向き合う、そんなホームでありたいと日々全員で頑張っています。利用者さんの担当者(居室)を決め、ミーティングにより個別ケアを重視している。職員の勤続年数も長く、スキルアップに繋がり、利用者・ご家族にも安心していただいていると思います。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

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)     | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者の<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)   | <input type="radio"/> 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)           | <input type="radio"/> 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)                     | <input type="radio"/> 1. ほぼ毎日のように<br>2. 数日に1回程度<br><input type="radio"/> 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)                 | <input type="radio"/> 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) | <input type="radio"/> 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<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)   | <input type="radio"/> 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、活き活きと働いている<br>(参考項目:11,12)                                      | <input type="radio"/> 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)                | <input type="radio"/> 1. ほぼ全ての利用者が<br>2. 利用者の2/3くらいが<br><input type="radio"/> 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                                       | <input type="radio"/> 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)       | <input type="radio"/> 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                                   | <input type="radio"/> 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、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) | <input type="radio"/> 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                       |   |  |

# 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 |
| <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                            | 自分が主役、ここが我が家である。生活の場を広げ、生きがいを持って暮らしていけるよう支援・計画を進める               |      |                   |
| 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                            | 個別ケア(外出)・地域行事への参加等により利用者様の意向に合わせたケアができるよう進めている。自治会加入。            |      |                   |
| 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                          | 認知症キャラバンメイトに登録し、連絡会に参加。西淀川区グループホーム協会に参加し情報の共有。                   |      |                   |
| 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       | 2ヶ月に1回開催。地域包括センター・自治会・民生委員・他の福祉施設が参加できるよう開催時間を考慮する(午後6時～)        |      |                   |
| 5                  | (4) | ○市町村との連携<br>市町村担当者とは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                  | 地域包括センターとの連携。市町村(生活保護支援担当)との連携。西淀川区在宅サービスセンター(あんしんサポート)との連携。     |      |                   |
| 6                  | (5) | ○身体拘束をしないケアの実践<br>代表者および全ての職員が「介指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる | 常に利用者が心身状態を平穏に保ち、生活できるよう、なるべく行動制限をしない。身体拘束はしないケアの実践。玄関の施錠はしています。 |      |                   |
| 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       | 虐待・身体拘束(行動制限)ゼロを目指す  |      |                   |

| 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<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    | 成年後見人制度利用者(18人中4人)<br>あんしんサポート利用者(18中3人)認知症基礎研修の受講。大阪市福祉局主催人権問題受講 |      |                   |
| 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                         | グループホーム雅の家、重要事項説明書2部作成(雅の家・利用者各1部保管)                              |      |                   |
| 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                     | グループホーム雅の家、運営基本方針掲示。玄関入り口に苦情箱設置。ご家族来訪の機会を利用。                      |      |                   |
| 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                                      | 月1回、合同会議開催(午後7時～午後9時まで)各階、ミーティング・担当者会議開催                          |      |                   |
| 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      | 介護保険処遇改善給付金申請し職員平等に支給する。  |      |                   |
| 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・内部研修参加を促す。参加費等の援助  |      |                   |
| 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 | 関連施設への勉強会   |      |                   |

| 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 | 入居前のご家族と利用者様は時間をかけ施設見学・面接を行なう。                                   |      |                   |
| 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            | 入居前のご家族とは時間をかけ面接・じっくり傾聴に努める。                                     |      |                   |
| 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        | グループホームの運営・介護保険制度を十分に説明し支援方法を勧める。                                |      |                   |
| 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                        | 利用者さんの意向をくみ取り、ケアができるよう相合の存在を認め合う関係作り。                            |      |                   |
| 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         | 今迄の生活歴を生かしながら、施設行事には家族さんへの参加をお願いする。                              |      |                   |
| 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                     | ご利用者あての手紙等えお読み聞かせ、返事の代筆、あるいは相手に連絡しご利用者さんの現状をお話するか、ご利用者さんと電話を代わる。 |      |                   |
| 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                 | くつろげる空間がDルームしかないので、常に職員が介入し、1階・2階への移動(遊びに行く)し穏やかさを保つ。            |      |                   |

| 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                    | 入居・退去後のケアとご家族・病院・他施設・他居宅事業所等の連携を図る。ホームに立ち寄れる雰囲気作り。  |      |                   |
| <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   | アセスメントで職員間の情報共有。アドボカシーの立場でご家族への意見の反映を行い、実際のケアに活かしている。                                       |      |                   |
| 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                                       | 入居時、ご家族より、情報提供いただいている。病院⇒看護サマリー・居宅⇒直近のケアプラン・施設⇒介護・看護の要約                                     |      |                   |
| 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   | 日常生活動作・自立度を把握している。(水分・食分量・睡眠時間・排泄・バイタル等)  |      |                   |
| 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 | 利用者ごとの居室担当者を決めている。サービス担当者会議(ミーティング等)を開催し(毎月末)実施期間終了する際(通常3ヵ月～6ヶ月)と状態変化に応じた随時の見直し、ご家族の同意書とる。 |      |                   |
| 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                        | 認知症対応型共同生活介護サービス計画書を1・2作成し、モニタリング総括表を使用。服薬管理表・薬塗布・ケース記録・水分チェック表・介護日誌等記録の仕方の申し送りの徹底          |      |                   |
| 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               | その時々生まれるニーズに対応して柔軟なサービスを提供している。(例 訪問理容を受けない人は行きつけの店へ)                                       |      |                   |

| 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                                      | レクリエーション等外出時、民生・自治会会長の応援要請を行なう。ご家族やお孫さんのボランティア・歌体操・保育園児の訪問・職員の子どもの出入り。                  |      |                   |
| 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                                  | 訪問診療・訪問歯科・訪問リハビリ・居宅療養管理指導(薬学)・訪問看護等、個々に同意書を頂き適切な医療援助を行なう。                               |      |                   |
| 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                          | 事業主体が医療法人でホームの前には診療所もあり、利用者の緊急事態も即、対応できる。訪問看護ステーションとの連携を取り、決め細やかな対応。                    |      |                   |
| 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。 | 医療機関⇒ソーシャルワーカーとの連携。ご家族・医師・ソーシャルワーカー・ケアマネで入退院時のカンファレンスを行なう。入院時、日常生活品をホームが出向く。(窓口をホームで届出) |      |                   |
| 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「利用者のご家族の皆様へ」と題し健康管理書の記入を依頼している。  |      |                   |
| 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  | 夜間緊急対応(救急編)・夜間緊急対応(火災編)雅の家緊急連絡網・防災マニュアル   |      |                   |
| 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  | 大阪市災害時要援護者名簿作成(地域自治会・地域包括センターに提出)避難場所(淀中学校・老人保健施設フェリス大和田)                               |      |                   |

| 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                   | ご利用者あての手紙等えお読み聞かせ、返事の代筆、あるいは相手に連絡しご利用者さんの現状をお話するか、ご利用者さんと電話を代わる。            |      |                   |
| 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                     | ご本人の意向に応じた支援。ご本人の思い込みを否定しない。ご本人の希望や自己決定できるような雰囲気職員一同作っていく。                  |      |                   |
| 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 | 利用者の日々諸事の変化をあたり前としている。優先順位を考える(基本的には施設生活、食事、入浴の時間は決まっている。                   |      |                   |
| 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                                  | その人らしさを支える為の支援。季節ごとの衣服の準備はご家族の協力を得る。  |      |                   |
| 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     | 行事の時はメニュー。職員も一緒に頂く。入居者さんの好みに合わない時は好きな物を選んで頂く。選ぶのを待つ。声掛け介助で間食をめざす。職員と一緒に片付け。 |      |                   |
| 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          | 水分チェック表(一日平均1200以上を目標)バイタル表(起床時・入浴時)状態悪い時は適宜に測定。食事量チェック表(声掛けにて完食をめざす        |      |                   |
| 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                   | 訪問歯科1/週。毎食後口腔ケア(個々で歯ブラシ・ガーゼ・うがいのみ等)義歯は夜間帯浸け置く。職員預かり。                        |      |                   |

| 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                              | 個々の排泄、職員同士、連携申し送りを徹底し、ADL向上に向けて支援している。極力オムツは避ける(個々の排泄パターンの把握)使用時はご家族の了承を得る。      |      |                   |
| 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  | ティタイム時の牛乳・バナナ・ヨーグルト等提供しなるべく服薬に頼らず予防している。   |      |                   |
| 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ず、個々にそった支援をしている                             | 利用者の体調にあわせ週2回の入浴時間を設けている。尿・便失禁時のシャワー浴は随時行なう(レクリエーションや会議等、職員の都合で曜日や時間帯を変更する場合もある) |      |                   |
| 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   | 個々の睡眠パターンの把握する。夜間は巡回(3回)を行い良眠の確保に努めている。健康状態を把握し、個別で臥床の時間を設ける適宜の支援を行なっている。        |      |                   |
| 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  | 居宅療養管理指導(服薬)月2回。ケース記録に個々の薬管理表を作成し、定期薬ごとに記録の更新を行なう。                               |      |                   |
| 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                             | 過剰介護にならないよう、見守り・声掛けを行い、役割分担、居場所の確保。(カラオケ・別メニューでの食事会)                             |      |                   |
| 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 | 春は遠足の遠足・秋は裏庭でバーベキュー、体調を考慮し、できるだけ外気に触れるよう心がけている。(洗濯干し・ごみ捨て・近くの公園への散歩)             |      |                   |

| 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  | ご家族からおこずかい程度の預かり金の管理を行い、買い物の支援(化粧品・食料品・遠足時のお土産等)預かり金収支表の管理(1ヶ月締め)         |      |                   |
| 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   | 手紙は利用者から申し出があった時は代筆を行なう。電話の取次ぎ。携帯電話の充電支援。グループホームでの新聞の購買。                  |      |                   |
| 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 | 狭い玄関を広く使えるように整理整頓を心がけている。家庭的・季節感を作り出す支援(開閉扉を利用し季節感を味わうレイアウト、1ヶ月に1回)をしている。 |      |                   |
| 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  | 共有空間における居場所の確保(廊下の壁をりょうして毎月の行事写真を掲示し話題作りの材料にする)                           |      |                   |
| 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  | 入居者の使い慣れた生活用品や備品を持ち込み、その人らしい居室を作る。  |      |                   |
| 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   | 身体機能低下を補う配慮(車椅子、介助ばかりではなく自走を促す)場所の間違いやわからないことでの混乱を防ぐ為に、居室の表札やドアに工夫をしている。  |      |                   |