

### 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   | 0770403699         |            |            |
| 法人名     | 株式会社 ホライズン         |            |            |
| 事業所名    | グループホーム 内郷         |            |            |
| 所在地     | 福島県いわき市内郷高坂町大町27-1 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成23年7月31日         | 評価結果市町村受理日 | 平成23年12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.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do">http://www.kaigo-fukushima.info/fukushima/Top.do</a> |
|----------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                        |  |  |
|-------|------------------------|--|--|
| 評価機関名 | NPO法人福島県シルバーサービス振興会    |  |  |
| 所在地   | 〒960-8043 福島県福島市中町4-20 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成23年10月5日             |  |  |

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点(事業所記入)】

利用者のADL低下防止や気分転換のため、毎日ラジオ体操、食前体操を行っています。また、主治医との連携を大切にし緊急時には主治医の意見やアドバイスをもらえる体制を整えています。

【外部評価で確認した事業所の優れている点、工夫点(評価機関記入)】

1. 運営推進会議は各委員から活発な意見が出されており、事業所の運営とサービスの向上に反映できる意見交換や助言を得られる会議となっている。  
 2. 日頃より協力医との連携が密に図られ、利用者の健康管理と適切な医療が受けられる体制が整備され、利用者が安心して生活できるよう配慮されている。

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>↓該当する項目に○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)       | ○<br>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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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)     | ○<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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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 | 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<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    |    |   |  |

# 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  | 理念は共有できているが、地域社会との交流については実践できていない。    | 理念を朝礼時に唱和し、ミーティングで確認しながら共有を図り、実践につなげるよう努めているが不十分である。  | 地域密着型サービスの意義や役割をふまえ、事業所理念を掘り下げ実践につなげるのが望まれる。               |
| 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  | 日常的には交流できていない。                        | 近隣中学校の体験学習を受け入れ、近隣施設の行事に参加し、子ども御輿を通しての交流はあるが、地域の一員として日常的な交流までは至っていない。                                   | 地域の一構成員として、事業所及び利用者が地域活動や日常生活で、地域の人々との関わりを持てるよう基盤づくりが望まれる。 |
| 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  | 地域に活かせるものがないか検討しているが、取り組めていない。        |   |  |
| 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、事業所の取組内容や具体的な改善課題がある場合にはその課題について話し合い、会議メンバーから率直な意見をもらい、それをサービス向上に活かしている                        | 運営推進会議で話し合った貴重な意見をサービス向上に活かせるようにしている。 | 運営推進会議は定期的開催され、事業所の提示議題にとどまらず、各委員から様々な意見や助言をいただき、サービスの向上に反映するよう努めている。また、委員から出された意見で、改善された事項は会議で報告されている。 |  |
| 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  | 積極的に協力関係を築くような実態は見られない。               | 震災後一時中断したサービスの再開に向けて、行政担当者と連携しながら取り組んだ。また、スプリンクラー設置などは、事業主が市と相談しながら対応している。                              |  |
| 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 | ミーティングで話し合い、身体拘束をしないケアに努めている。         | 身体拘束廃止について、ミーティングや学習会で確認し、共通認識を図りながら拘束をしないケアに取り組んでいる。玄関の施錠はされておらず、職員の見守りにより利用者の安全・安心の確保に努めている。          |  |
| 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                                     | ミーティングで話し合い、虐待防止に努めている。               |   |  |

| 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    | 研修等に参加して制度について理解できている。                                |  |                   |
| 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                         | 契約の内容について十分な説明を行い、理解、納得を図っている。                        |  |                   |
| 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                     | 利用者の日常生活について、電話や面会時に説明している。                           | 日常生活の中で担当職員が中心となり、利用者の意見や思いを把握している。家族からは面会時や医療受診結果報告の際に電話等で意見や意向を把握するよう努めている。          |                   |
| 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                                      | 1ヶ月に1度行うミーティングで意見や提案をきき反映させている。                       | 毎月開催されるスタッフミーティングで職員の意見や提案を聞く機会を設けている。日常的にはフロア一長や管理者が業務を通して意見や気づきを吸い上げるよう努め、運営に反映している。 |                   |
| 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      | 職員一人ひとりが向上心を持って働けるように、日頃の努力や実績、勤務状況を把握し、処遇への反映に努めている。 |  |                   |
| 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践と力量を把握し、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         | ホーム内外の研修は積極的に参加してトレーニングに努めている。                        |  |                   |
| 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 | グループホーム連絡協議会の中で同業者間での交流や情報交換、勉強会に参加している。              |  |                   |

| 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 |
| <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 | 本人の声に耳を傾けながら関係づくりに努めている。             |  |                   |
| 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            | 家族の声に耳を傾けながら関係づくりに努めている。             |  |                   |
| 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        | 事業所だけで抱え込まず他のサービスの利用も含めた対応に努めている。    |  |                   |
| 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                        | 利用者と喜怒哀楽を共有し、利用者から学び、支えあって関係を築いている。  |  |                   |
| 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         | 支援内容について家族と情報交換を行い、共に支えあうようにしている。    |  |                   |
| 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                     | 家族、知人が来所した際にはスムーズに会話ができるように支援している。   | 行き付けの理美容院や自宅への外泊、墓参りなどを通して、今までの関係が継続できるよう支援している。また、2ヶ月に1回生活状況報告書で暮らしぶりを知らせ、誕生日には家族から手紙をいただき関係が途切れないよう支援に努めている。 |                   |
| 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                 | 利用者同士の関わりを理解し、利用者同士支え合えるような支援に努めている。 |  |                   |

| 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 |
| 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                    | これまでの関係性を大切にして、関係を断ち切らないようにしている。            |  |                   |
| <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   | 家族からの情報や本人の会話や思いや意向を把握し、希望実現に努めている。         | 日常生活の関わりの中から、利用者の希望や意向を把握している。困難な場合は、利用者の表情や仕草、行動から本人の思いや意向を汲みとり、申し送り時や会議で本人本位に検討している。 |                   |
| 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                                       | 一人ひとりの生活スタイルの把握に努めている。                      |  |                   |
| 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   | 一人ひとりの心身状態を把握し本人のできる力を見つけていくことに努めている。       |  |                   |
| 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 | 本人や家族からの要望を取り入れ介護計画を作成している。                 | サービス計画、サービスの提供、モニタリング、アセスメントのサイクルにより見直し、現状に即した介護計画が作成されている。                            |                   |
| 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                        | 日々の記録を重要視し、情報を共有しながら実践や介護計画の見直しをしている。       |  |                   |
| 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               | 利用者のニーズに対して臨機応変に柔軟な支援をして、サービスの多機能化に取り組んでいる。 |  |                   |

| 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                                      | 地域資源を把握して有効に活用し支援している。                     |  |   |
| 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                                  | 主治医と連携して、外来通院、往診とも適切な受診体制ができています。          | 職員の付き添いにより、本人、家族が希望する医療機関を受診している。また、協力医による2週間に1回の往診と、緊急時も適切な医療を受けられるよう支援している。                    |   |
| 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                          | 介護職と看護職の関係を密にして適切な看護を受けられるように支援している。       |  |   |
| 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。 | 入退院時、本人、家族、病院関係者と情報交換や相談に努めている。            |  |   |
| 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  | 個別に家族、主治医と話し合い、事業所での対応を十分に説明し、支援内容を検討している。 | 重度化と終末期の対応方針により、本人、家族に説明し事前確認をしながら支援している。  |   |
| 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、実践力を身につけている  | 職員は応急手当や初期対応の訓練を行い、実践力を身につけている。            |  |   |
| 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  | 定期的に避難訓練を実施している。地域との協力体制ができています。           | 年2回避難訓練を実施している。また、地域の自主防災組織に加入し、非常通報連絡網には地域住民も加えられており、防災協力体制が取られている。さらに今回の大震災を踏まえ、非常用備蓄品を増やしている。 | 年2回の避難訓練を実施しているが、職員の勤務形態等から火災、水害、地震等の訓練回数を増やすことを検討されたい。 |

| 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                      | 一人ひとりの誇りを尊重しプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている。          | プライドを傷つけない、否定的な言葉は使わない、思い込みで話さないなどに心掛け、日頃から笑顔で支援している。                       |  |
| 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                        | 本人が希望や好みを表して自己決定できるよう働きかけている。                 |   |  |
| 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    | 1日の流れは設定しているが、生活リズムやペースに合わせた支援をしている。          |   |  |
| 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                                     | その人らしく、個別に身だしなみやおしゃれができるように支援している。            |   |  |
| 40                               | (15) | ○食事を楽しむことのできる支援<br>食事に関連した作業を利用者とともに職員が行い、一緒に食事を味わいながら利用者にとって食事が楽しいものになるような支援を行っている | 食事は一緒にとっていないが、お茶の時間は一緒に楽しんでいる。                | 職員は利用者と一緒に食事は摂っていないが、声掛け等を行って楽しい食事となるよう雰囲気作りに努めている。利用者はテーブル拭きや茶碗洗いなどを行っている。 | 食事を楽しむことの支援の重要性を認識され、職員が利用者と一緒に食事が摂れるよう取り組んで欲しい。 |
| 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             | 食事の量と水分の量は毎日チェックしている。栄養のバランスを考えた献立を作成し支援している。 |   |  |
| 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                      | 毎食後必ず口腔ケアを実施している。                             |   |  |

| 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                         |
| 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                             | トイレでの排泄を基本としている。                        | 一人ひとりの表情やタイミングを把握し、羞恥心に配慮した声かけを行い、出来るだけトイレで排泄するよう支援している。          |   |
| 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   | 食物や運動の工夫をしている。毎日排便チェックをしている。            |   |   |
| 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                            | その時の希望やタイミングに合わせて個々にそった支援をしている。         | 体調に合わせた週2回の入浴支援を行っている。入浴拒否者には時間をかけた声掛けや、職員を交替するなどして入浴できるよう支援している。 |   |
| 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  | 個々のペースに合わせて、生活習慣やその時の状況に応じた支援をしている。     |   |   |
| 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   | 内容、目的、副作用を理解し、状態の変化を確認して服薬支援に努めている。     |   |   |
| 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                            | 一人ひとりの役割を担ってもらい、楽しみや気分転換となれるような支援をしている。 |   |   |
| 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支援している | 家族の方と行きつけの美容室やお花見、散歩等に出かけている。           | 近隣への散歩や買い物、名所ドライブなどの支援を行っているが機会が少ない。また、家族や地域住民の協力も得られていない。        | 家族やボランティア等の協力を得ながら、利用者の希望に添った外出支援に努めて欲しい。 |



| 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  | 利用者様の力や希望に応じ、近くのスーパーやコンビニ等への買い物の支援を行っている。    |   |                   |
| 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   | プライバシーに配慮しながら電話や手紙についての支援をしている。              |   |                   |
| 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   | 利用者様の作った作品や、季節感を採り入れた掲示板を作り居心地のよい空間づくりをしている。 | 壁面に行事写真や共同作品を掲示して季節感を出している。畳コーナーでは利用者がテレビを見ながらくつろぐことが出来るよう配慮している。 |                   |
| 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  | 各所に椅子やソファを配置して、居場所の工夫をしている。                  |   |                   |
| 54 | (20) | ○居心地よく過ごせる居室の配慮<br>居室、或いは泊まりの部屋は、プライバシーを大切にし本人や家族と相談しながら、居心地よく、安心して過ごせる環境整備の配慮がされている(グループホームの場合)利用者一人ひとりの居室について、馴染みの物を活かしてその人らしく暮らせる部屋となるよう配慮されている(小規模多機能の場合)宿泊用の部屋について、自宅とのギャップを感じさせない工夫等の取組をしている | 本人が安心して暮らせるよう馴染みの物を置くなどの配慮をしている。             | 洋室と和室がありベッド、布団、椅子などが持ち込まれ、その人らしい生活ができるよう支援している。                   |                   |
| 55 |      | ○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり<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   |  |   |                   |