

### 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	0272300807		
法人名	社会福祉法人 北光会		
事業所名	あずみ野グループホーム		
所在地	〒038-0241 青森県南津軽郡大鰐町大字鯖石字浅瀬淵35-5		
自己評価作成日	平成26年10月25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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	公益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26年11月12日		<input type="checkbox"/>

【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)】

グループホームは木造作りで天井が高く、開放感があり木のぬくもりが感じられます。敷地内には桜の木があり春にはちょっとしたお花見ができます。天気の良い日はデッキでお茶をしたり、周辺を散歩し気分転換を図っています。隣接しているデイサービスセンターでは毎月イベントがあり楽しみにしています。デイサービスセンターに出かけることで地元の方との親交を深めたり交流を図っています。個人の楽しみや習慣を大切に花壇作りや裁縫などの趣味を活かせるよう支援しています。

【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)】

グループホームは、国道近くの森を背景にした場所に位置し、ログハウス風の作りで木の温もりが感じられる。ホール、風呂場、個室の全てが木造であり、廊下を歩くと「キュッ キュッ」と木のきしむ音がどこか懐かしさを感じる。食事の時間が近づくと、手洗いやお茶うがいなど衛生管理も徹底されている。利用者は、盛り付け・下膳・食器洗い・拭きなど、各々できる事を毎日の仕事として続けている。毎月の外出予定の他に希望による外出も多く、住み慣れた地域で馴染みの方との交流を続けながら、その人らしい生活が支援されている。スタッフは、利用者の笑顔を大切に、寄り添うケアを実践している。

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 ↓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、活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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	法人の理念をもとに事業所独自の理念を作成し掲示している。毎日の申し送り時に理念を唱和することでケアの再確認をし実践につなげている。	理念は、誰でも見やすいよう玄関とホールの2ヶ所に掲示されている。毎朝のミーティングの際、職員全員で唱和し認識を深め、日々のケアに反映されている。	
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	地域の一員として町内会に加入し回覧板を受け渡し、地域の行事に関心を持っている。地域の行事に参加したり訪問を受け交流を図っている。	町の消防訓練に職員が参加するなど、地域活動が続いている。地域から参加依頼を受けた長寿祭りの他に、文化祭、佞武多祭りにも参加している。隣接しているデイサービスに保育園や小学校の訪問があり、子供達との交流もある。	
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	職員がキャラバンメイトとなり地域のサポーター講座の開催に協力している。		
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践、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。利用者の生活状況や余暇、行事の実施状況を報告している。また、構成員より意見を伺い改善に努めている。	会議には、利用者・家族・町会長・デイサービス所長・特別養護老人ホーム園長・地域包括支援センター・福祉課職員の参加がある。外出や行事の報告、利用者退居時の協力依頼などを行っている。内容については、毎月の会議で報告するほか、回覧し全職員で共有している。	
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取り組んでいる	利用者の状況変化時、また随時必要が生じた際には連絡や訪問し助言や指導を仰いでいる。	運営推進会議に毎回町の担当者が参加しており、問題があれば相談している。また、利用者の介護申請や職員の異動の届け出、事業所のサービス加算について確認や相談をするなど、連絡を密にしている。	
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	鍵をかけたり身体拘束の弊害を理解し、拘束をしないケアに取り組んでいる。	身体拘束は行われていない。契約時の重要事項に記載があり、家族に説明し承諾を得ている。マニュアルや外部研修で学んだ内容を全職員で共有し、ケアに活かしている。	
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	研修等で理解を深め、日々のケアの中で虐待が見過ごされる事のないように努めている。		

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 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	研修等で学ぶ機会が与えられている。直接活用されている方はいないが、ユニットⅡで日常生活自立支援事業を受けている方がおり、今後もっと理解を深めていく。		
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	契約時には十分な時間をとり書面にて同意を得ている。		
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	面会時や手紙にて気軽に意見や要望を申し出る雰囲気作りに努めている。	毎月請求書を送付する際に、意見を求める手紙を同封している。また、面会時に直接意見や要望を伺い、対応している。意見を伝えられない利用者には、思いをくみ取り反映させている。	
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	月1回開催している業務会議の際に意見や課題を話し合っている。	毎朝の申し送りで、気づいた点を話し合っている。日頃から職員の意見は活発であり、夜勤時の利用者の介助方法や花見行事の場所を変更するなど、運営に反映させている。	
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	自己評価及び面談を行う他、年2回職員の就業状況を確認し昇給対象者がある。		
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	研修内容を検討し、内外の研修に参加できるよう支援している。		
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	法人外の研修への参加を促し情報交換する機会を確保している。		

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 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	会話やコミュニケーションを密にとり思いやニーズ、希望や要望に傾聴し受け止め信頼関係を築くことに努めている。		
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	家族より話を伺い思いや要望に傾聴し受け止め、随時連絡をとり信頼関係を築くことに努めている。		
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	本人・家族の状況を把握したのち支援の見極めを行い、必要があれば他機関への連絡調整や紹介を行っている。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	テレビや新聞からの情報を一緒に楽しみ、食事の下準備を共に行う等、日常的に会話をもち協力し合える関係を築いている。		
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	手紙による近況報告、面会時には日常生活状況を伝え家族からも好みや習慣の情報を得ている。受診付き添い、行事参加、自宅外出など協力いただき共に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	以前より利用していた医療機関、理美容院への継続利用ができるよう心がけている。馴染みの場所へのドライブなど親しんだ場所との関係が途切れないようにしている。	隣接のデイサービスとの行き来があり、知人の方との交流が続いている。利用者の多くは町内の方であり、天気の良い日は町内をドライブし馴染みの場所や自宅近くまで出かけるなど、関係の維持に努めている。	
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	個々の性格の把握に努め、孤立しがちな利用者に対しては職員が間に入り他利用者との交流が図られるように努めている。		

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 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	相談があった場合等連絡・調整を行っている。		
<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 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	日々利用者として接している中で思いや以降の把握に努め可能な限り受け入れるよう努めている。	利用者が意見を話しやすいよう、自室で個別に伺っている。食べたい物、行きたい場所、電話したい等の希望が聞かれ、全て対応している。意思表示が難しい方には、動作や表情から思いを汲み取るよう努めている。	
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	本人・家族・面会者・ケアマネ・利用していたサービス事業者から情報を得るように努めている。		
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	職員間で情報を収集、交換、共有に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	日ごろの関わりの中で要望や意向を聞き、ケアカンファレンスで課題分析、意見交換を行い介護計画に反映している。	担当者会議は3か月に1度開催され、業務会議での職員からの意見や、その他状態変化時の細かい検討内容が介護計画に反映されている。プランについては、家族の面会時に説明し承諾を頂いている。	家族の面会時に、サービス担当者会議を行うなど日程調整を行い、家族の積極的な意見を聞き取りする事を期待したい。
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	日々の状況や気付きは業務日誌、個別記録、連絡ノートに記載し情報を共有し実践している。		
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	受診介助、外出支援、買い物援助など個々のニーズに対応できるよう職員間で連携を図り対応に努めている。		

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
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	隣接しているデイセンターへ出かけ、利用されている地元の方と親交を深めたり、ふれあい訪問を楽しんでいる。		
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	入居前からのかかりつけ医への通院が継続できるよう支援している。	入居前からのかかりつけ医の受診を継続している。入居時に、「受診は原則、家族付き添い。」を説明しているが、家族対応困難時はグループホームで対応するなど、協力体制がとられている。新たな病院受診が必要な時も、家族・本人と相談して決めている。	
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	隣接している看護職員と連携し、相談・指示を受け利用者の健康が維持でき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、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。	入院の場合は面会に出向き医療機関より本人の状態を聞き状況把握に努めている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	重度化した場合は、かかりつけ医・家族と話し合い今後の方針について検討している。	入居時に看取りの説明を行い、状態悪化時に今後の事について相談している。現在「看取り」は行っていないが、医療連携は、協力医や特別養護老人ホーム看護師と行っている。今後、「看取り」も必要になって来ることが予測され、グループホームの課題とし真摯に受け止めている。	
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	定期的に救急救命の講習を受けている。またマニュアルを作成し急変への対応に備えている。		
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	定期的に避難訓練を実施している。地域町内へ災害時救済依頼をしている。	避難訓練は、火災と地震想定で、年2回の実施を予定している。消火器使用の訓練、非常食3日分の備蓄、消防署のチェックが行われている。訓練時は、利用者に事前に説明し協力を得ている。	地域の住民や消防団の参加・協力が得られるよう、訓練参加の体制作りを、運営推進会議で引き続き呼びかけていく事を期待する。

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	声掛けについては常に意識しながら行っている。	馴染みの関係になっても、大きな声掛けや指示にならないよう注意している。人生の先輩に「教えて頂く」という姿勢を心がけ、出来る事はやって頂くようにしている。職員の自己評価の項目で、尊厳とプライバシーについて再確認している。	
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	選択の場面を設け自己決定できるよう声掛けしている。また意思表示困難な方は表情や仕草から意思をくみ取っている。		
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	食事時間や食事場所、就寝時間など個々のペースに合わせた支援に努めている。		
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	起床時の整容、清潔な衣類の着用を支援している。季節に合った好みの衣類を着用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 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	嗜好を把握し苦手なものは代替えを提供している。食事は一緒にとり、おしぼりの準備、盛り付け、片付けを個々の力に応じて一緒に行っている。	特別養護老人ホームの管理栄養士がメニューを作成し、グループホームでは、味噌汁と炊飯を毎食作っている。月に1回は、食事作りとおやつ作りの機会があり、おはぎ・たこ焼き・お好み焼き、夏にはフルーツポンチなど季節に合わせて楽しんでいる。	
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	管理栄養士による献立、調理で栄養バランスを確保。摂取量を確認し個々に応じ必要量の確保に努めている。		
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に、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、声掛けや介助により口腔ケア、義歯洗浄を行っている。		

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向けた支援を行っている	排泄チェック表を作成、活用し個々の排泄パターンを把握し声掛け、トイレ誘導を行っている。	1ユニットは、リハビリパンツ3名、尿取りパット2名、布パンツ4名、2ユニットは全員布パンツを使用している。グループホーム入居後、排泄状況の改善が見られている。夜間も、トイレ排泄が基本であり、排泄の自立に向け日々取り組んでいる。	
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	排泄チェック表で排便パターンを把握し下剤の調整、乳飲料や繊維質の多い食物の摂取、運動など個々の状態にあった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 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	時間帯は概ね決まっているが、その日の希望や体調に配慮し一人ひとり好みの湯加減でゆっくり入浴できるよう対応している。	週に2回以上の入浴であり、1対1で対応し温度や時間は個々の好みに合わせている。入浴剤は、ラベンダー・ヒノキ・ゆずの3種を週替わりで使用し好評を得ている。受診前日の入浴も日常である。	
46		○安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々の状況に応じて、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	一人ひとりの状態に合わせて休息・安眠できるよう時間・場所に配慮している。		
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	服用している薬の説明遺書をファイルに保管し、変更時は口頭及び記録により申し送りを行っている。		
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	日常的に家事作業(掃除・食後の片付けなど)を行って頂いている。外出や作品作り、野菜作り、縫物など楽しんで行えるよう支援している。		
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。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	墓参りなど家族と協力し外出できるよう支援している。季節を感じられる外出行事を計画し実施している。	墓参り・盆正月帰省は家族と協力し行っている。毎月外出行事が計画され、家族参加の花見、芍薬鑑賞、近隣の湖、青森のねぶた見学施設、菊まつりなどに出掛けている。他に、回転寿司での外食や予定外の外出の支援も多い。	



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 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	自己管理できる方は自分で管理している。管理出来ない方は事業所で管理している。一人ひとりの希望や力に応じた買い物支援をしている。		
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	公衆電話を設置しており自由に使用できるようにしている。また、電話の取り次ぎも支援している。		
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	間接照明で柔らかく、ブラインドで日差しを調整している。観葉植物や季節感のある花や装飾を行い、居心地のよいよう工夫している。	ログハウス風のホールは、高い天井と3方向から日差しが入り、明るく木の温もりが感じられる。利用者と一緒に作った四季折々の飾り付けや、お互いの顔が見える対面式キッチンなど、安心でき居心地の良い空間となっている。	
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	小上がりや中央ホールを設けており好きな時に好きな場所で過ごせる工夫をしている。		
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	使い慣れた家具、テレビ、植木鉢、神棚を持ち込み本人が居心地よく過ごせるようにしている。	テレビ・家具・ソファの持ち込みや、家族の写真・制作物・思い出の小物を飾り、その人らしい空間となっている。植物を育て成長を楽しむなど、入居前の趣味の継続も見られ、落ち着いて過ごせる環境である。	
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	トイレや脱衣室、廊下に手すりを設置。個々の状態に合わせ、自助車、杖、センサーを活用し安全で自立した生活が送れるように努めている。		