

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   | 0272501289                    |            |            |
| 法人名     | 社会福祉法人メープル                    |            |            |
| 事業所名    | グループホームメープル                   |            |            |
| 所在地     | 〒039-2311 青森県上北郡六戸町上吉田長谷85-11 |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成25年12月1日                    | 評価結果市町村受理日 | 平成26年3月31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>地域交流として、月1回、地域の保育園との交流を行っている。お誕生会、運動会、クリスマスお遊戯会に出向き、入居者に楽しんでもらっている。</p> |
|--|

※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 | 社会福祉法人 青森県社会福祉協議会 |  |  |
| 所在地   | 青森県青森市中央3丁目20番30号 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成26年1月16日        |  |  |

【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></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<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)     | ○                     | 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<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<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、活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、安心して暮らしている<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    |    |   |                       |   |

## 自己評価および外部評価結果

| 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  | 理念を理解し、行事や日々の生活を通してサービスの向上に努めている。地域密着型サービスの意義を踏まえ、全職員が意見を出し合い、理念を作成した。ミーティング等で理念の共有に努め、具体的な支援につながるように努めている。                         |      |                   |
| 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  | 夏祭り・秋祭り・メイプルタウンフェスタ・敬老会等、地域のイベントに参加しながら、交流を図っている。また、地域の保育園との交流も図っている。メープルの夏祭りに近隣の方々が見学に訪れ、町主催のイベントに施設も参加して、施設の取り組みや行事の内容等をお知らせしている。 |      |                   |
| 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  | 運営推進会議にて、家族や地域の評議員の方に、認知症の方々の生活の様子や支援方法も伝えている。また、研修内容もお知らせしている。   |      |                   |
| 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                                     | 2ヶ月に一度開催し、外部評価の結果や行事・近況報告をしているが、アドバイスや助言の言葉は少ない。行事等の報告時に、参加者が思い出す話を聞くこともある。   |      |                   |
| 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  | 運営推進会議の中で、認知症の方々の生活の様子や支援方法等を伝えている。   |      |                   |
| 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 | 施設全体で身体拘束廃止を掲げている。徘徊者がいるため、各箇所にセンサーを設置し、対応している。夜間は防犯として施錠しているが、日中は行っていない。また、認知症が強く、身体への危険が予測される方へは常に行動を観察し、予防対策を取っている。              |      |                   |

| 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 |
| 7  |     | ○虐待の防止の徹底<br>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      | 高齢者虐待防止について、施設全体で取り組む研修を行った。職員一人がストレスを抱え込まないように、コミュニケーションを取るようにしている。   |      |                   |
| 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 | 外部研修に参加し、部署会議で内容を伝えている。必要に応じて対応することとしている。  |      |                   |
| 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、重要事項説明書にて相談員・管理者から説明し、理解をいただいてから、捺印してもらっている。   |      |                   |
| 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、入居者の状態報告と、家族側で何か気になっている事がないか伺い、意見を話せるような環境づくりに努めている。日常の関わりから思いをくみ取り、また、家族からは面会時等に会話の中からくみ取って、運営に反映させている。家族には、苦情があれば、施設以外にも話せる窓口がある事を伝えている。 |      |                   |
| 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                                   | 施設長と職員との個別面談の際、意見等を話せる場を設けている。また、遠くから見守り、声をかけている。  |      |                   |
| 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   | 年2回の自己申告や人事考課と、年に1回、施設長との面談を実施している。部署会議にて意見交換をしている。  |      |                   |
| 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      | 個々の向上のために、研修への参加を促し、また、希望にて参加できる体制を整えている。  |      |                   |

| 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 |
| 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 | 六戸町主催の研修や医療懇談会へ参加し、勉強会を通して交流を図っている。                                   |      |                   |
| <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        | 事前訪問にて情報収集し、本人の思いを聞き出すようにしている。  |      |                   |
| 16                           |     | ○初期に築く家族等との信頼関係<br>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                   | 管理者及び職員間で状況を判断し、できる限り対応している。  |      |                   |
| 17                           |     | ○初期対応の見極めと支援<br>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               | できる能力を活かし、長年の経験と知恵を学び、野菜作りや季節の行事を楽しんでいる。                              |      |                   |
| 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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている                                  | できる能力を活かし、長年の経験と知恵を学び、行事や日常の家事活動を支援しているが、一緒にできる方が少なくなっている。            |      |                   |
| 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                   | 必要に応じて連絡を取り、仲介しつつ、家族の協力についてもお願いしている。年に2回、食事会を設け、家族と関わりが持てるように働きかけている。 |      |                   |
| 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                               | 馴染みの方の話や場所等を回想し、日常会話につなげている。地域のイベントに参加し、馴染みの人と触れ合えるように支援している。         |      |                   |

| 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 |
| 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                                   | 家事活動や行事を通して、関係を築けるようにしている。  |      |                   |
| 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                    | 地域の方が多く、受診先、イベント先で会う機会があり、こちらからも声をかけるようにしている。   |      |                   |
| <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   | 日々の会話の中や行動から、その人の思いをくみ取るようにしている。  |      |                   |
| 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                                       | 家族から情報収集している。時々、馴染みの方から昔の暮らしぶりについて聞くこともある。  |      |                   |
| 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   | 家族から今までの生活ぶりを確認したり、日常生活や会話から、昔の様子についても情報収集している。家族から協力してもらい、センター方式を作成し、一人ひとりの理解に努めている。 |      |                   |
| 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 | 入居者、家族、担当職員、ケアマネ、管理者等から情報収集し、本人の意向を反映させ、本人が安全で安心して暮らせるような介護計画を作成している。                 |      |                   |
| 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                        | 日誌、申し送り、ケース記録にて情報を共有している。身体状況の変化や日々の様子を把握し、介護計画の見直しに役立てている。                           |      |                   |

| 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 |
| 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                             | かかりつけ医以外でも受診の依頼があれば、受診援助をしている。また、家族の訃報でお通夜やお葬式に参列する希望へも対応する等、その時々に応じて、グループホームでできる事には対応している。  |      |                   |
| 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                                       | 地域のイベントを見学できるように支援している。また、ヨガ教室や生け花教室にも参加している。  |      |                   |
| 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                                   | 本人や家族の意向を確認してかかりつけ医を決め、グループホームでできる範囲で受診の支援をしている。   |      |                   |
| 31 |      | ○看護職員との協働<br>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                        | 日常の中での気づきはケース記録に入力し、それを基に、受診時に報告している。グループホームに看護師は在籍していないため、気になる事等は特別養護老人ホームの看護師に相談し、協力を得ている。 |      |                   |
| 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、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。 | 病状の確認や退院時の過程について、詳しく説明を受けている、また、こまめに面会し、看護師からも情報を得ている。                                       |      |                   |
| 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   | 看護師が在籍していないため、看取りは行っていない。終末期についてはかかりつけ医と相談し、施設として、今どこまで対応できる状態であるか等を検討して決めている。               |      |                   |
| 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   | 施設内研修にて救急法を定期的に受講している。緊急時マニュアルを作成し、職員は個々に確認している。   |      |                   |

| 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 |
| 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           | 3ヶ月に一度、夜間想定火災避難訓練を実施し、実際に放水や器具の取り扱いについても説明している。非常時用の発電機や暖房器具、3日間位の非常食を準備している。   |      |                   |
| <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<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                | プライバシーや羞恥心に配慮しながら、特に、排泄に関しては気をつけ、小声で促している。  |      |                   |
| 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                     | 生活の中での声かけや誘導で、自分の思いを表したり、決定できるように促している。   |      |                   |
| 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 | 職員側の都合で誘導することもあるが、できる限り、その人のペースで動けるように支援している。   |      |                   |
| 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                                  | 自分で衣類を選ぶように促している。身だしなみに気を遣い、自ら散髪を希望して「予約してほしい」と話される方にも対応している。   |      |                   |
| 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     | おしぼり配り・茶碗き・下膳・テーブル拭きは入居者の日課となっている。職員も一緒に会話しながら、食事を摂っている。苦手なおかずは代替食にて対応している。献立は祭事や郷土料理等も取り入れ、たくさん野菜を食べるようにしている。個人的に食べたい物は家族にお願いしている。 |      |                   |
| 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          | かかりつけ医より一日の摂取量を確認し、水分摂取を促し、提供している。栄養面について、特別養護老人ホームの栄養士に相談している。   |      |                   |

| 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 |
| 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                       | 自立している入居者には毎食後に声がけしている。支援が必要な入居者へはその都度誘導、促し、介助をしている。必要に応じて、入れ歯を洗浄している。   |      |                   |
| 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向けた支援を行っている       | 排泄間隔を把握し、誘導、見守りをしている。臭いが気になる場合には小声での声がけやトイレ誘導をしている。失敗を少なくするために、ポータブルトイレ設置の対応も行っている。認知症を強く訴え、できない入居者には仕草を見逃さないようにしている。他、入居者の状況も変化するため、職員一人ひとりが気づきを持ち寄り、話し合い、対応している。 |      |                   |
| 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                       | 毎朝乳製品を摂り、野菜を多く取り入れている。かかりつけ医の指示にて、下剤の調整を行っている方が多い。   |      |                   |
| 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、個々に応じた支援をしている | 行事や委員会等、職員の都合で変更することがあるが、入居者にその都度、理由を伝えている。入浴日は決まっているが、「入りたくない」等の理由で入浴できない場合には、臨機応変に対応している。また、個別にゆっくりと入浴している他、声がけの工夫で入浴することもある。入浴拒否が強い方1名には、家族の了解を得て、週1回の入浴となっている。 |      |                   |
| 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                        | その方の生活リズム・身体状況を把握し、休養を促している。   |      |                   |
| 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                   | 内服薬の変更は管理者・担当職員から状態観察も含め、申し送りしている。毎月の薬のセットは担当が行い、職員は薬情で薬の把握している。   |      |                   |



| 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 |
| 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  | 日課を通して、支援しており、気分転換に行事として外出したり、地域のイベントを見学に行き、顔見知りの方に合い、喜んでいただいている。                             |      |                   |
| 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。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                     | 限られた時間の中で行事を取り入れ、外出したり、気分転換を図れるように支援している。また、お盆やお正月に外泊する方もいる。                                  |      |                   |
| 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  | 金銭を自己管理している入居者もいる。外出時は本人が支払いできるように支援しているが、ほとんどの方ができていない。                                      |      |                   |
| 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   | 法人の玄関に公衆電話を設置している。認知症が進み、希望がなくなっている。  |      |                   |
| 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 | 職員が家庭からその時々の花を持ち寄り、施設内に季節を取り入れる工夫をしている。玄関にはイスを置き、靴の履き替えがスムーズに行えるようにしている。                      |      |                   |
| 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  | 気の合った仲間と座り、談話できるように配慮している。廊下スペースにもソファを設置し、寛いでいる。  |      |                   |
| 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  | その人らしい部屋になっている方もいるが、家族に声がけると「処分した」と話され、新たに必要な物を購入して、本人に合った部屋とした方もいる。ホームでは、居心地の良い環境づくりを継続している。 |      |                   |
| 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」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  | 一人ひとりの能力を見極めながら、できる事は見守り、支援している。センサーマットやナースコールの使用で、安全に生活できるように支援している。                         |      |                   |