

# 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   | 4572000638          |            |           |
| 法人名     | 有限会社 木犀             |            |           |
| 事業所名    | グループホーム遊友           |            |           |
| 所在地     | 宮崎県児湯郡高鍋町大字上江1831-2 |            |           |
| 自己評価作成日 | 平成30年11月14日         | 評価結果市町村受理日 | 平成31年2月6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 | 社会福祉法人宮崎県社会福祉協議会          |  |  |
| 所在地   | 宮崎市原町2番22号宮崎県総合福祉センター本館3階 |  |  |
| 訪問調査日 | 平成30年12月6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)】

楽しく暮らせる普通の家、共同生活の場、制約をほとんど感じない環境、よく気が付き、優しいスタッフがいて、自然と感謝と笑顔が出てくるような場所と時間を提供したい。

## 【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)】

住宅地の中にあり、職員は利用者の人格を尊重し家庭的な環境を大切に利用者が話しやすいアットホームな雰囲気を心がけている。また、柚子湯や菖蒲湯など季節に応じた入浴が楽しめる工夫や入浴日以外でも希望があれば入浴ができるよう取り組んでいる。また、利用者や家族、地域住民に声をかけて年に一回餅つきを行って交流に努めている。

## 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)             | ○                     | 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) | ○                     | 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、生き活きと働いている<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) | ○                     | 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                             | 職員会・研修会を通して理念の共有・実践に繋げている。             | 月に1回職員会を開催、利用者の介護について話し合っている。尊厳ある楽しい生活をおくってもらうという意識を共有するため十数項目の自己評価を職員が毎月行い介護に繋げるよう取り組んでいる。 | 地域とのつながりを取り入れた理念の作成、見直しに期待したい。 |
| 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                             | 日常的に交流はない。地区費など納めて地域の一員ではある。           | 社会福祉協議会の祭りなどに利用者の作品を展示、利用者職員と一緒に見に行っている。また、ホームの庭で年に1回餅つきを行い周辺住民との交流に取り組んでいる。                |                                |
| 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                           | オレンジカフェや認知症の集いに参加している。                 |   |                                |
| 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        | 活かしている。毎回委員の意見を伺い、勉強になる事が多い。           | 家族、地区の公民館長、学識経験者、民生委員、高鍋町役場職員、地域包括支援センターなどの参加があり、身体拘束の話し合いを行うなどサービスの向上に生かせるよう取り組んでいる。       |                                |
| 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                   | 日頃から密に連絡を取るとまではいかないが、必要な時は連絡は取っている。    | 高鍋町役場の職員には運営推進会議にも参加協力を得ており、身体拘束や加算など問い合わせも行い連携に取り組んでいる。                                    |                                |
| 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「介護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 | 取り組んでいる。月に1回は時間を作り勉強と現状の把握、確認を共有をしている。 | 月に1回職員会の後に研修会を開催し情報を共有して身体拘束をしないケアに取り組んでいる。   |                                |
| 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        | 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    | 自立支援は心掛けている。成年後見制度は該当者がなく、近年勉強が不足しているかもしれない。    |  |                   |
| 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                         | 説明はホーム長が行っている。                                  |  |                   |
| 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                     | 意見箱の使用はほとんどなく、スタッフに直接言われることが多い。真摯に対応している。       | 介護や身体拘束について家族より話が職員へあった時は管理者または職員が説明、理解を得るようにしている。必要時には職員会などで話し合っって運営に反映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                                      | 行事や介護についてなど、職員のやる気を出させる方向で意見・提案の場を設け、それを反映している。 | 月1回の職員会や面談で職員の意見や提案を聞く機会を設けている。個別介護などについての意見や提案があり、実践につなげるよう取り組んでいる。               |                   |
| 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      | 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         | 勤めている。  |  |                   |
| 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 | 認知症高齢者グループホーム協会と県認知症グループホーム連絡協議会に参加している。        |  |                   |

| 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 | 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            | 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        | リハビリなど家族と相談の上呼んだり行ったりしている。                        |  |                   |
| 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                        | 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         | 出来るだけ通院も家族と一緒にしてもらい、接触の場を増やしている。必要な場合スタッフも同行する。   |  |                   |
| 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                     | 努めている。これまでの関係は大事にしている。入居以来いまだに娘さんと美容室に行かれている人もいる。 | 馴染みの美容室やお墓参りなど家族の支援を得て行っている。また、知人の面会があるなど関係が継続される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                 | 好き嫌いなどあって、人間関係も難しい。                               |  |                   |

| 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 |
| 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                     | 関係を断ち切らない取組をやっている。ある元利用者が病院で亡くなった時など、何年経っていても挨拶に来られる。                    |  |                   |
| <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   | 一人一人の希望・意向の把握に努め、意思の疎通が難しい人も日々の暮らしの中で配慮している。                             | 自分の意思を伝えることが困難な利用者の様子を見て希望や意向の把握に努めるよう取り組んでいる。     |                   |
| 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                                       | 担当ケアマネジャーからの情報や家族や本人から直接に聞くことなどしたことを、皆で共有している。                           |  |                   |
| 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   | 当たり前に行っている。  |  |                   |
| 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 | チームというわけではないが、9人しかいない利用者だからスタッフ全員で全利用者を見ている。担当者会議は当日のスタッフということになる。       | 状態の変化などをまとめてモニタリングを毎月行い利用者一人ひとりの介護が充実するように取り組んでいる。 |                   |
| 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                        | 全体を見られる記録と個別の記録と付けている。介護計画に使われる。又個別モニタリングを1月分、担当する利用者を各自決めて、提出していただいている。 |  |                   |
| 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               | 家族や御本人の要望があれば、真摯に対応を検討をしています。結果的に多機能化しています。                              |  |                   |

| 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 |
| 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                                      | 民生委員の方々が訪問していただいている助けてくださいます。理容師さんに2ヶ月に1回来ていただいている。 |  |                   |
| 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                                  | 入居以前の掛りつけ医はそのままにしている。                               | 受診時は職員より状況を家族へ伝え情報提供を行い、家族支援が難しい場合は職員が同行し、結果は家族へ職員より連絡して受診の支援を行っている。         |                   |
| 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                          | 看護職を置いていない。   |  |                   |
| 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。 | 入退院時の医療機関との協働は心掛けている。                               |  |                   |
| 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、事業所の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  | 概ね、早い段階から重度化した場合や終末期のあり方については家族と話し合っている。            | 重度化した場合は本人、家族の意向を確認し、かかりつけ医または協力医へ早い段階で重度化時の入院対応の相談を行い医療機関と連携をするよう取り組んでいる。   |                   |
| 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  | 全ての職員が、応急手当や初期対応の訓練を身に付けているとは言えない。                  |  |                   |
| 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  | 年に2度定期的に訓練を行っている。完璧とは言えないが、災害の季節には心している。            | 6月、12月の年2回災害時の訓練を消防署の協力を得て行っている。災害時のため発電機を準備し、運営推進会議後に防災訓練を行うなど災害対策に取り組んでいる。 |                   |

| 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 |
| <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                   | 一人一人の尊重とプライバシーの確保に努力している。                       | 職員会で人格を尊重した呼び方や話し方などについて話し合い、介護に反映するよう取り組んでいる。    |                   |
| 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                     | 自己決定のできる人は出来るだけ、自分で決めていただいている。                  |   |                   |
| 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 | 当たり前に行っている。                                     |   |                   |
| 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                                  | 身だしなみやおしゃれの支援。家族の意向も取り入れてしている。                  |   |                   |
| 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     | 可能な限り利用者と一緒に準備や片付けを行っている。食事は一緒にが原則です。           | 利用者の希望が反映されたメニューを職員が考え、一緒に食べ食事が楽しみなものになるよう支援している。 |                   |
| 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          | 栄養摂取や水分確保の支援は確実にしている。1日の各利用者の記録を付けているので確認できている。 |   |                   |
| 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                   | 本人の希望を含めてその力に応じて口腔ケアを行っている。                     |   |                   |

| 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<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                              | その人に応じてではあるが行っている。   | チェックシートで状況を確認し、個人に合わせた声掛けを行いトイレでの排せつの誘導をして排せつ支援を行っている。  |                   |
| 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  | 野菜を取っていただくように心がけている。水分はもちろんである。運動も心がけている。  |   |                   |
| 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てしまわずに、個々にそった支援をしている                        | 1日おきに入浴をしていただいている。排便や尿失禁があった場合、連続して入浴していただく事もある。また、入浴したいと希望があった場合、毎日でも入浴は可能である。但し、時間帯は変えられないのが現状である。 | 1日おきに午後入浴を行っている。入浴を拒む場合は時間をおいて声掛けをするなど工夫をしている。利用者の希望で入浴日以外でも対応をし、柚子湯や菖蒲湯など季節を感じて楽しめる工夫を行っている。 |                   |
| 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   | 睡眠は重要な事であるから特に留意している。休憩も取っていただいている。  |   |                   |
| 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  | 薬の副作用は薬の説明書とインターネットで確認している。  |   |                   |
| 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                             | 嗜好品は上等のお茶だったり、コーヒー、和菓子等を定期的に、不定期に楽しんでいただいている。但し、酒、たばこはない。  |   |                   |
| 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 | ドライブや外出はできるだけ多くの人に行っていたきたいが、お元気な方に限られる。  | 月に1回は西都原で花見をしたりドライブをするなど外出支援に努めている。家族の支援で美容室やお墓参りなどの外出もできるよう支援している。                           |                   |

| 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 |
| 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  | 一人だけ預かっていたが、入院その後、亡くなったので、預かっている人はいない。     |   |                   |
| 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   | 町外の家族の人がいなくなったので、手紙は最近ない。電話も最近ない。その要望もない。  |   |                   |
| 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 | 居心地良い居場所づくりをしているつもりである。                    | ホールのゆとりのある空間の畳で休んだり、ウッドデッキで日光浴をしたりして居心地よく過ごせるように工夫している。 |                   |
| 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  | だいたい自分の場所をみなさん確定している。                      |   |                   |
| 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  | 持って来られたものは、できるだけ活かしている。安心する空間にしてあげたい。      | テレビやラジオの使用や、写真や位牌の持ち込みなど利用者の希望に沿えるよう配慮している。             |                   |
| 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   | 工夫しています。歩きやすく適度に手で支えられるものがある。走るには不便な作りである。 |   |                   |