

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   | 0173000233             |            |            |
| 法人名     | 有限会社 クレインサービス          |            |            |
| 事業所名    | グループホーム ふれあいふらの 1階 すみれ |            |            |
| 所在地     | 富良野市北の峰町17番10号         |            |            |
| 自己評価作成日 | 平成25年11月18日            | 評価結果市町村受理日 | 平成26年1月20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)】

病院の副院長がオーナーという事で医療機関と連携が充実されています。  
 行事等に参加させて頂き、他施設との交流の機会が年々広がってきています。また、2か月に1度開催され  
 営推進会議も定着し、地域の方々からの協力お寄せられ、少しずつ理解も得られてきていると思います。

※事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度の公表センターページで閲覧してください。

|             |   |
|-------------|---|
| 基本情報リンク先URL | <a href="http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0173000233-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022">http://www.kaigokensaku.jp/01/index.php?action_kouhyou_detail_2013_022_kani=true&amp;JigyosyoCd=0173000233-00&amp;PrefCd=01&amp;VersionCd=022</a> |
|-------------|---|

【評価機関概要(評価機関記入)】

|       |                         |
|-------|-------------------------|
| 評価機関名 | 有限会社 ふるさとネットサービス        |
| 所在地   | 札幌市中央区北1条西7丁目1 あおいビル 7階 |
| 訪問調査日 | 平成 25 年 12 月 7 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)】

当ホームは、医療法人を母体とした医療と介護の複合サービスの一環として有機的な連携の基に  
 地域に根ざした活動を展開しています。訪問診療や訪問看護などを導入し、健康管理並びに状態  
 変化時の対応体制が充実しています。さらに利用者や家族の希望に応じた看取りケアにも取り組ん  
 でいます。「心穏やかに、ありのまま、その人らしく生活が送れる事を保障します」を理念に掲  
 げ、管理者を中心に担当制を導入して利用者の個性性を尊重するケアの実践を目指したケアマネ  
 ジメント体制を確立し、きめ細かなケアを提供しています。また、防災訓練では地域住民との協  
 力関係、連携体制をつくるなど利用者の安心・安全・満足を目指して真摯に取り組んでいるホ  
 ムです。

| 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<br>掴んでいる<br>(参考項目:23,24,25)     | 63 | 職員は、家族が困っていること、不安なこと、求め<br>ていることをよく聴いており、信頼関係ができてい<br>る<br>(参考項目:9,10,19)   |
| 57   | 利用者と職員が、一緒にゆったりと過ごす場面が<br>ある<br>(参考項目:18,38)           | 64 | 通いの場やグループホームに馴染みの人や地域<br>の人々が訪ねて来ている<br>(参考項目:2,20)                         |
| 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)                     | 65 | 運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係<br>者とのつながりが拡がったり深まり、事業所の理<br>解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) |
| 59   | 利用者は、職員が支援することで生き生きした表<br>情や姿がみられている<br>(参考項目:36,37)   | 66 | 職員は、生き活きと働けている<br>(参考項目:11,12)  |
| 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)                    | 67 | 職員から見て、利用者はサービスにおおむね満<br>足していると思う   |
| 61   | 利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく<br>過ごせている<br>(参考項目:30,31)       | 68 | 職員から見て、利用者の家族等はサービスにお<br>おおむね満足していると思う                                      |
| 62   | 利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な<br>支援により、安心して暮らしている<br>(参考項目:28) |    |   |

自己評価及び外部評価結果

| 自己評価              | 外部評価 | 項目   | 自己評価                                       | 外部評価  |  |
|-------------------|------|--|--|---|--|
|                   |      |  | 実施状況                                       | 実施状況  | 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踏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   | 理念を職員が見える所に掲示しスタッフが共通認識を持ってケアを行えるように努めている。 | スタッフルームに理念を掲示するとともに、毎日行うミニケア会議や毎月行うケア会議では、理念が日々のケアに反映できているかを協議し確認する時間として位置づけ、職員間で共通認識がもてるようにしています。  |  |
| 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   | 月に1度行われるふれあいサロン等の町内行事に参加させて頂き交流を図っている。     | 毎月行われる町内会の独居高齢者が集うふれあいサロンに参加したり、町内会行事の夏祭りや文化祭の作品展示をするなど積極的に地域との交流を行っています。また、日常的には、利用者の散歩の見守りに協力していただくなど幅広く活発な交流をしています。                                  |  |
| 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   | 地域の行事等に参加し理解や支援方法を深めている。                   |   |  |
| 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か月に1度運営推進会議を行い町内の方々へその都度ホームの状況をお伝えしている。   | 運営推進会議は2ヵ月に1回開催され、事業所活動への理解と協力を要請や防災訓練協力の依頼及び運営上の課題の協議をするなどホームのサービス向上と地域交流の要としての役割を發揮しています。しかし、家族の参加が得られにくい状況です。  | 会議に参加できない家族の意見などを事前に聞き取るための方法や、運営会議の内容が伝わりやすい運営推進だよりの作成と送付など家族の理解を得るための連絡調整の仕方を工夫し、家族参加に向けてのアプローチを期待します。 |
| 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に取り組んでいる  | 月に1度行われる事業所会議等に参加し協力関係を築いている。              | 市の介護保険担当者とは運営上の課題などを随時相談しています。また、地域包括支援センター職員と日常的な情報交換や解決困難な事例の相談などを行いホームのサービス向上にむけての協働関係づくりを積極的に行っています。  |  |
| 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「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 | 研修等に参加し理解を深め拘束しないケアに取り組んでいる。               | 外部の身体拘束防止の研修会に職員を参加させ、事業所内の会議で伝達しています。ケア会議では事例を基に身体拘束をしないケアについて検討するなど「身体拘束は行わない」という職員としての基本姿勢が醸成される学びをしています。また、事業所の玄関は日中は鍵をかけず、外に出る利用者に対しては職員が付き添っています。 |  |
| 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                                       | 日常のケアの中で虐待に繋がらないようスタッフ間で話し合う機会を設けている。      |   |  |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価                                       | 外部評価   |                   |
|------|------|--|--|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況                                       | 実施状況   | 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    | 各自制度の理解にとどまっている。                           |  |                   |
| 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                         | 契約時には十分な説明を行い、理解して頂き、納得を得て契約を行っている。        |  |                   |
| 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                      | 連絡調整窓口には代表者、及び管理者が行っているが、日常の要望はスタッフも行っている。 | 意見箱などは設置していませんが、日常的に利用者の要望や意向を記録したり、家族の来訪時や電話連絡などを通して利用者・家族の意見を聞き運営に反映しています。また、声かけを密に行い、利用者・家族が意見・要望を言いやすい関係づくりをしています。 |                   |
| 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                                      | 定期的に全体会議を行い、意見を聞く機会を設けている。                 | 管理者は全職員との個別面談及び随時面談を行ったり、社長が職員との面談を踏まえた職員アンケート調査を実施するなど、職員の要望や提案を聞く機会をつくり運営に反映しています。                                   |                   |
| 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      | 定期的に職員と面談を行い要望や意見を聞く機会を設けている。              |  |                   |
| 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         | 研修などの機会を利用し積極的に資格取得出来るよう努めている。             |  |                   |
| 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 | 他施設の会議等に参加させて頂き情報交換等を行っている。                |  |                   |

| 自己評価                       | 外部評価 | 項目  | 自己評価                                   | 外部評価  |                   |
|----------------------------|------|---|--|---|-------------------|
|                            |      |   | 実施状況                                   | 実施状況  | 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 | 事前に面会に行ったり、見学に来て頂き面談を重ね関係作りを行っている。     |   |                   |
| 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            | 相談を頂いた時より、ご本人、ご家族に承諾を得て相談、要望等に耳を傾けている。 |   |                   |
| 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        | ご本人、ご家族の相談時に必要なサービスを提案させて頂いている。        |   |                   |
| 18                         |      | ○本人と共に過ごし支え合う関係<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                           | ご本人が何ができるかを見極めながら、役割を持って頂き一緒に暮らしている。   |   |                   |
| 19                         |      | ○本人を共に支え合う家族との関係<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            | 定期的にご家族へ状況等お伝えさせて頂き関係づくりに努めている。        |   |                   |
| 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                        | 入居される以前に通われていた美容室等に引き続き通えるよう支援に努めている。  | 利用者に行きたい場所を聞いて思い出の場所に行ったり、馴染みの商店へ買い物に出かけたり、友人が来訪する際のもてなしなど、利用者がこれまで交流のある馴染みの人や場所との関係が途切れないように支援しています。 |                   |
| 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                    | 日常のお手伝い等を通し、コミュニケーションを図れる機会を設けている。     |   |                   |

| 自己評価                               | 外部評価 | 項目   | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------------------------------------|------|--|--|---|-------------------|
|                                    |      |  | 実施状況   | 実施状況  | 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                    | 病院などに入院された場合でも、ご本人、ご家族のフォロー支援に努めている。         |   |                   |
| <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   | ご本人へ直接お聞きしたり、ご家族へ情報を頂きながらできる限り希望に添えるよう努めている。 | 入所時だけでなく定期的にセンター方式で情報収集を行うとともに、日ごろの利用者の言動・表情・話や来訪時の家族からの聞き取りなどから本人の望んでいることや困っていること把握しています。  |                   |
| 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                                       | ご本人がこれまでどのような生活されてきたのか情報収集に努めている。            |   |                   |
| 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   | ご本人の様子や表情等観察しながら現状の把握に努めている。                 |   |                   |
| 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 | ご家族とお話させて頂く中で要望があった際にはできる限りケアに反映させて頂いている。    | 介護計画はセンター方式できめ細かな情報収集が行われ、ケアマネジャーと担当職員が中心となり利用者・家族の意向に添って策定しています。3ヵ月毎の見直し時には家庭訪問を行い家族の意見や意向を聞く機会にしています。さらに毎月行うモニタリングでは最新情報や状態変化に応じて随時見直しをしています。 |                   |
| 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                        | 毎日、ケース記録を残し、何か特変があった際にはスタッフ間共有し話し合っている。      |   |                   |
| 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               | ご本人、ご家族のニーズに対応できるよう努めている。                    |   |                   |
| 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                         | 地域の方々にも協力して頂きながら、地域行行事等にも参加させて頂いている。         |   |                   |
| 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                     | ご本人、ご家族より要望があった際にはかかりつけ医と連携を図りながら支援している。     | かかりつけ医の選択は利用者・家族の希望としています。週に2回の訪問診療や週1回の訪問看護との連携は密に行われており、利用者の容態変化時の医療機関の受け入れ体制も整えられています。   |                   |

| 自己評価                             | 外部評価 | 項目   | 自己評価                              |  | 外部評価   |  |
|----------------------------------|------|--|-----------------------------------|--|--|--|
|                                  |      |  | 実施状況                              | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容  |  |
| 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                      | 医療連携を図り、その都度何か特変があった際には報告している。    |  |  |  |
| 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、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。又は、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。 | 医療機関と連携を図り、ご本人の状況等情報を共有している。      |  |  |  |
| 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 | ご本人、ご家族、医療機関と連携を図りながら支援に取り組んでいる。  | 利用者の重度化に伴うターミナルケアの重要性を認識して、利用者・家族の希望に対応した看取りを実施し、開設当初から6人の看取りをしています。協力医療機関や訪問看護と連携し、看取りの指針や同意書に基づいた対応をしています。   |  |  |
| 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   | 勉強会等を通して対応できるよう取り組んでいる。           |  |  |  |
| 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行い、地域の方にも協力を得ながら取り組んでいる。 | 消防署の立会いのもとで、住民参加の避難訓練を年2回実施しています。運営推進会議と防災訓練を連動して開催し、地域住民も参加して行われ、協力関係が構築されています。災害備蓄品は確保していますが整備が不十分です。  | 災害対策は火災のみでなく地震などの自然災害への対策も必要です。このため、備蓄品は食料品なども含めて即対応できる状態にしておくことが求められますので災害対策の見直しを期待します。 |  |
| <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  | 馴れ合いにならないよう、個々の関係作りに努めている。        | 「その人らしく生活を送れる事を保障します」を理念に掲げ、利用者の生活のペースを尊重したケアを行っています。利用者には姓名で呼びかける、トイレ誘導時は耳元でさりげなく声をかける、同性介助を希望する方へは希望に応じた対応をするなど利用者のプライバシーを確保しながら、利用者一人ひとりの誇りを尊重するように関心しています。 |  |  |
| 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   | できる限り、ご本人の希望に沿えるよう努めている。          |  |  |  |
| 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                                   | 個々のペースに合わせて生活ができるよう支援している。        |  |  |  |
| 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  | 馴染みの洋服等持ってきて頂いたり、美容室へ行かれたりされている。  |  |  |  |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目  | 自己評価   | 外部評価  |                   |
|------|------|---|--|---|-------------------|
|      |      |   | 実施状況   | 実施状況  | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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    | 無理の無いようできる範囲でお手伝いして頂いている。                    | 献立は栄養のバランスを考慮して管理栄養士が作成し、利用者の重度化に伴いキザミ食対応をしています。利用者が食事の盛りつけ、配膳、後片づけなどに参加し、職員と共に和やかな雰囲気の中で食事をしています。                          |                   |
| 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         | ご本人の状況に合わせてながら提供させて頂いている。                    |   |                   |
| 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                  | スタッフから促し、口腔ケアを行い清潔保持に努めている。                  |   |                   |
| 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むけた支援を行っている  | 排泄の感覚等考えながら誘導をお行い、できる限りトイレで排泄ができるよう支援に努めている。 | 家族からの情報や職員間の情報を収集しながら利用者一人ひとりの排泄パターンを把握し、オムツは極力使わず、自力でトイレでの排泄ができるように支援しています。排泄の声かけはプライバシーを配慮した声の大きさ、タイミング、態度などを配慮して支援しています。 |                   |
| 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                  | 便秘がちの方には乳製品や腹部マッサージ等行い個々の予防に努めている。           |   |                   |
| 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 | できる限り、ご本人の希望に沿えるよう努めている。                     | 利用者個々の希望を踏まえ、曜日を限定せずいつでも入浴が可能です。また、入浴習慣や同性介助の希望などを尊重して対応しています。利用者が移動しやすい介助浴槽が設置されています。                                      |                   |
| 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                   | 表情や様子等見ながら、休んで頂く機会を設けている。                    |   |                   |
| 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              | 服薬ファイルを作成し全スタッフが把握できるよう努めている。                |   |                   |
| 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 | 外出の機会を定期的に設けドライブや買い物等へ行ける機会を設けている。           |   |                   |

| 自己評価 | 外部評価 | 項目   | 自己評価                               | 外部評価   |                   |
|------|------|--|------------------------------------|--|-------------------|
|      |      |  | 実施状況                               | 実施状況   | 次のステップに向けて期待したい内容 |
| 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                     | ご本人の希望にできる限り沿えるよう安全に考慮し支援している。     | 利用者の希望を踏まえて散歩、買い物、外食、夏祭り及び紅葉狩りなどに出かけ季節感を楽しめる企画をしており、利用者の楽しみになっています。  |                   |
| 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  | ご本人で保管されている方も居り管理できるよう支援している。      |  |                   |
| 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   | 要望があった際にはスタッフが間に入り支援している。          |  |                   |
| 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 | 季節に応じて装飾を入居者の方々と行っている。             | 広くとられた窓からは燦々と光が入り、街路の人通りや季節ごとに変化する風景が眺望できます。リビングに隣接するキッチンやオープンサービスカウンターは職員が常に見守れるレイアウトとなっています。近隣の住民から贈呈された観葉植物や熱帯魚の水槽が置かれ、壁には利用者の作品など展示されています。小人数が座れるテーブルや椅子で利用者同士が交流し寛いで暮しています。 |                   |
| 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  | 食事テーブル以外にも、ソファ等を置きくつろげる場所を確保している。  |  |                   |
| 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  | 馴染みの家具等を持参して頂き落ち着いて生活して頂けるよう努めている。 | 各室に、洗面台、クローゼットが整備されています。大切な仏壇や馴染みの家具、思い出の写真や習字などの作品が飾られ、整理、整頓され清掃も行き届いた清潔で居心地の良い居室になっています。   |                   |
| 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  | 入居者の方々が生活しやすいよう環境作りに努めている。         |  |                   |