

## 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>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                           | 毎月のスタッフ会議の中で理念を再確認し、現状に即した理念に再構築しながら実践しています。   | フロアや玄関に理念を掲げており、日々の生活の中で職員一人ひとりが認識し、利用者を最優先に考え、利用者のリズムに合わせることを意識して取り組んでいる。   |                   |
| 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                           | 自治会に加入しているいろいろな集まりには参加しています。積極的に地域で活動しているボランティアさんにお越しいただいて、ふれあいの場を設けています。今後は清掃活動などご利用者が役立てられるように考えています。  | 地域の多目的ホールに、フラダンス・歌・琴の演奏を聞きに行ったり、散歩がてらゴミ拾いをする等、積極的に地域に向かっている。地区の防災訓練に利用者と一緒に参加した際に、近所の方が手を貸して下さったり、柿を持ってきてくれて一緒に干し柿を作る等、日常的に交流を図っている。 |                   |
| 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                         | 3ヶ月に1回西川だよりを回覧板を使って役立つ情報を発信しています。そこでは、無料相談の記載もしています。   |  |                   |
| 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回運営推進会議を開催しています。地域の方々といろいろな報告や取り組みなどを話しあっています。地域の役割や活動など近隣の方の協力でサービス向上につながっています。                    | 民生委員・包括・区長・保健師・家族のメンバーで定期的開催している。メンバーからホームを知るために、利用者と一緒にお茶会をしてホーム見学をしたいという意見や避難訓練のアドバイスももらいサービス向上に活かしている。                            |                   |
| 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                | 地域包括支援センターとは連絡を取り合い、必要に応じて直接出向いています。また、区内の勉強会や会議などには積極的に参加しています。   | 支所、地域包括支援センターなど各担当部署との連携を図っている。認知症サポーター養成講座をホームで開催したり、メールで情報もらう等、日頃から何かあれば相談している。  |                   |
| 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「介指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 | マニュアルを作成したうえで、職員に正しい理解を徹底するために会議を開くなどしています。玄関の施錠は日中はしておらず、むしろ開放しています。安全確保のための玄関センサーは、ご利用者の出入り程度にとどめています。 | 年1回は研修を開催し、学ぶ機会を設けている。退院直後、家族・病院側の心配があり、利用者の動きを見るために、鈴をつけたことがあるが今は動向が読め、鈴をつけていないという例がある。身体拘束を正しく理解しており、拘束は行っていない。                    |                   |
| 7               | (5-2) | 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逃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      | 地域の虐待防止に関する研修に参加しています。また、虐待について事例を元に勉強会を開いています。  | ケアマネの研修で虐待の事例を基に話し合い、職員にも伝達研修した。職員のメンタル面についての勉強会や夜間一人の時にストレスを感じることも多いため、日中できることを話し合い、職員同士で配慮し、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    | 現在成年後見制度の活用機会はないですが、将来に備え研修を積んでおり、今後職員の伝達にも取り組む予定です。  |  |                   |
| 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                         | 契約締結・解約の際には、十分な説明をし捺印していただいています。改定等には書面にして説明しています。  |  |                   |
| 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                     | 家族等面会時や電話などで、積極的にお話をお聞きしたりしています。家族ノートを作り問題解決にはかかっています。また、運営推進会議には、ご利用者も1～2名参加しています。                     | 意見を言いやすい雰囲気を作り、話してもらえるようにしている。運営に反映するような意見より、利用者個々の要望が多い。要望等、家族ノートを活用し、全職員が情報共有し、ケアに反映させている。 |                   |
| 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                                      | 月1回のスタッフ会議に参加し意見を聞く機会を設け、参加出来ない時は、議事録を見てアドバイスを頂いています。又、意見や疑問などは抱え込まず管理者に話して解決できなければ、代表者に管理者が聞くようにしています。 | 会議時は勿論のこと、日頃から管理者には何でも相談できる環境である。ケアを重視するため、業務内容を見直し、効率よく仕事をするために買い物の回数について話し合い、改善している。       |                   |
| 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      | 職員が向上心を持って働けるように、研修会や資格取得に向けた支援を行っています。代表者もホームに立ち寄り職員やご利用者とお話を持つ機会を作っています。                              |  |                   |
| 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         | 能力向上に努められるように、同じ法人内の交換研修や合同勉強会に参加しています。また、管理者がスタッフ会議の場で勉強会を開いてケアの充実を図っています。                             |  |                   |
| 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 | 現在法人内での職員交換研修に力を入れて、介護力強化に力を入れているほか、他法人事業所からの見学者も積極的に招き入れ、職員の意識向上を図っています。                               |  |                   |

| 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 |
| <b>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 | 馴染みの環境が作れるように、事前面談とセンター方式のアセスメントを用い思いや生活状況を把握できるように努めています。                                       |   |                   |
| 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            | 家族の苦労やこれまでのサービス利用などゆっくり聞いて想いを受け止めます。これからの事、将来どうして行きたいのか、一緒に目標に向かって進んで行けるように時間をかけて聞いています。         |   |                   |
| 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        | 本人及びご家族さらに関係者からの話を聞き、アセスメントして必要なニーズを見極め可能な限り柔軟なサービスを心がけます。又、いろいろな社会資源を紹介し適切にその人にあったサービスを紹介しています。 |   |                   |
| 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                        | ご利用者が家事などの生活の場において共同生活を送る環境づくりを進めています。又ご利用者の得意分野で力を発揮していただき、人の役にたっているという喜びを見い出しています。             |   |                   |
| 19                       | (7-2) | 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         | 2ヶ月に1回広報誌と活動報告を発送し、行事などへの参加の声がけも行っていきます。面会時には近況報告を行い、家族の声は家族ノートを作成し対応を行っています。                    | 状況をこまめに報告することで、利用者の状態を理解してもらっている。利用者はどんな生活をしていきたいか一緒に確認し、家族とリスクについての相談や話し合いを持ち、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<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                     | 今まで歩まれてきた関係が途切れないように、友人・知人などホームに来ていただけるようお話しています。出来るだけ家族には外出の機会を持つように説明しています。                    | 近所の方や友人が面会に来た際、心和む時を過ごせる様対応したり、家族の協力でお墓参り・美容院・自宅に連れて行ってもら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                 | 気の合う同士と一緒に居室でお茶を飲むなど、ご利用者同士の交流を大切にしています。又、ご利用者の得意、不得意なことを把握し生活していく上で助け合える環境作りに努めています。            |   |                   |

| 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 |
| 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                    | 必要に応じていつでも相談できる体制をくんでいます。他の施設や居宅のケアマネなどと関係を築き、支援体制が図れるようにしています。                      |  |                   |
| <b>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   | 居室担当者を中心にし本人の希望・意向の把握に努め、月々のプラン評価で計画作成担当者が居室担当者に聞いています。連絡ノートや記録を活用し職員間で情報の共有を行っています。 | 意思の疎通が図られ、居室担当者を中心に一緒に過せる時間が多くとられる様、業務を見直した。それにより、思いや意向が伝わりやすく、連絡ノートの活用もあって、日々のケアに活かされている。 |                   |
| 24                              | (9-2) | 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                                       | 本人・家族・関係者からの情報とセンター方式を取り入れながら、これまでの生活環境の把握に努めています。                                   | 一日の生活リズムを把握し、過去に関して利用者を知る事が、全体像を描く重要な手掛かりと捉えている。趣味・生活歴など、本人・家族から過去の具体的な情報を伝えて貰える様、努力している。  |                   |
| 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   | 申し送りでその方の状態を把握し、その人にあつた日々の過ごし方を見守っています。  |  |                   |
| 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 | 本人の思いを感じながら家族・居室担当者・他職員などとカンファレンスを開き計画を作成しています。随時プランチェック表を利用し見直しを図っています。             | 居室担当者を中心に計画作成者や職員・家族と6ヶ月に1回カンファレンスし、6ヶ月に1回介護計画を立てている。状態変化時は家族と話し合い随時プラン変更をしている。            |                   |
| 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                        | 介護記録を活用し情報共有や今後のサービス提供につなげています。日々問題があればミニカンファレンスを開き対応しています。                          |  |                   |
| 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               | 必要に応じて通院の同行や外出の同行など本人や家族の思いをサービスにつなげています。家族の介護相談や待機者や近隣の介護相談など対応しています。               |  |                   |

| 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                                      | 外に出ることによって近隣の方たちと顔なじみになるようにしています。又、行方不明時の対応なども図っています。今までの生活暦や趣味などを把握しながら、本人の生きがいを見つけだしています。                   |   |   |
| 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                                  | 今までのかかりつけ医の受診を家族に依頼しています。急変時には近隣の協力医に受診し、適切な医療を受けられるように支援しています。   | かかりつけ医の受診は家族に依頼し、日々の状況や受診時の結果は、医療機関と手紙で情報を共有している。協力医からは1ヶ月に1回往診で、状態観察を依頼、適切な医療支援は出来ている。 |   |
| 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                          | 看護師がいないため、介護職員はご利用者の変化を早めに気づき家族・管理者に連絡し必要に応じて医療機関に受診していただきます。   |   |   |
| 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。 | ソーシャルワーカーやドクターに話しをさせて頂きGHが出来る範囲も良く理解して頂いています。   |   |   |
| 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  | 看護師が居ない事、介護職員が医療行為が出来ない事など入居時には良く説明しています。医療行為が発生した場合にはご家族に受診をお勧めし、ドクターから支持を仰いでいます。関係医療機関とは受診に同行してお話させて頂いています。 | 基本的に終末期の看取りは出来ない。急変時は救急車を呼び関係機関に連絡、医療機関と連携を計りながら体制を整えて行く方向である。                          | 本人・家族の大きな不安の一つは重度化の対応である。出来るだけ早期から話し合いの機会を作り、方針の統一を図っていく事が望まれる。 |
| 34 | (12-2) | 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  | 緊急時対応マニュアルを使用しています。又、職員は年1回救急講習を受けたり、救急のDVDを見て研修を図っています。  | 消防署員より、AED・タッピング・吸引などマニュアルに添って講習を受けている。夜間は1人であるが、連絡して数分で来れる職員の家が点在しているので、不安は少ない。        |   |
| 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2回防災訓練を行っています。防災セットは準備しており防災の日には点検しています。地域の防災訓練にはご利用者と参加させていただいています。   | 防災セットは準備されている。通報マニュアルに添っての連絡網はできている。地域の方も一緒に、夜間想定も含めた防災訓練を、定期的に行っている。                   |   |

| 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   |
| <b>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                   | 人生の先輩である事を常に意識した言葉かけを行っています。職員同士の会話にはインシナルを使うなどプライバシーに配慮しています。                              | 年長者としての誇りを尊重し、言葉掛けには注意徹底しているが、記録物の整理は、利用者の隣で会話をしながら進める事もあり、守秘義務について十分理解した取扱いには至っていない。  | 記録物の記入中は特に注意し、関心を持って近寄る利用者も意識し、事前にさりげなく対処出来る状況を配慮した作業が望まれる。 |
| 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                     | ご本人の話しを良く聞き、意思を伝え易いような言葉掛けの工夫や表情を読み取るように心がけています。ご本人が自分から必要を感じて行動に移せるような環境づくりをしています。         |  |   |
| 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 | 日々の生活の時間割など細かいマニュアルなどなく、その人のペースに合わせ支援しています。   |  |   |
| 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                                  | 着替え等は本人の意向を尊重しています。自己決定が難しい方にはいろいろ見て頂きながら決めてもらっています。理美容室は出来るだけ行きつけの店で行って頂いています。             |  |   |
| 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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている     | 買い物や調理・盛り付け・片付け等、ご利用者の無理の無い範囲で行って頂いています。職員と共に食事を楽しく食べるように雰囲気作りをし、畑の野菜も使って季節感を味わってもらっています。   | 献立は、在庫の材料から利用者も一緒になるべく好きなものを作る様にしている。買い物は週2～3回利用者も一緒に行く。おやつも出来るだけ手作りで、誕生会は好みのものを作っている。ホームの畑からは収穫物が食卓にのぼり、季節を感じられ楽しいものとなっている。 |   |
| 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          | その人に合わせた食事量を決めています。又その日の体調も考慮して食事を・水分を提供し、日々の食事量はチェックしています。                                 |  |   |
| 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                   | 食後の口腔ケアは言葉掛けに工夫をし無理強いせず行って頂いています。出来ることをやって頂き、介助必要な方だけ最後に介入しています。かかりつけ医や訪問歯科さんに必要時見てもらっています。 |  |   |

| 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 |
| 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                              | 一人ひとりにあった排泄が出来るように個々に対応しながら支援しています。常時、職員間で排泄状況の確認を行っています。  | チェック表を活用し、様子を見ながら、それとなく誘導している。自立の利用者の為に、トイレの所在が分かり易い様、工夫している。失禁・悪染・異食・放尿とパターン化を防ぐ為に、尊厳を守りつつ細心の注意で支援している。 |                   |
| 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  | 便秘などの方には乳製品や水分保持を心がけています。又、体を動かしたり腹部マッサージなど取り入れています。   |  |                   |
| 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                             | 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて時間帯や回数など配慮しています。入浴剤や好みの湯温なども考慮しています。  | 利用者の希望により、基本的には午後から夕方にかけての入浴だが、日によっては朝の希望もあり、いつでも希望に添える様準備している。拒否の時は担当者を変えたり、足浴に変えるなど支援している。             |                   |
| 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   | ご本人のリズム合わせ休んで頂き、朝も起床時間は設けず比較的自由に起きて頂いています。身体状況や生活習慣を配慮しながら無理なく一日を過ごして頂いています。                       |  |                   |
| 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  | 処方箋のコピーをケース毎に整理して職員が内容を把握しています。薬の処方変更した時は、連絡ノートに記入して情報を共有しています。                                    |  |                   |
| 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                             | ご本人・ご家族からの情報収集し好みの活動等プランに取り入れています。今後センター方式を使用しながら、その人の思いを汲み取れるよう取り組んで行きたいと思っています。                  |  |                   |
| 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 | 散歩や買い物などを通して出来るだけ自然に触れるようにしています。ご家族には外出の機会を設けて頂けるようにお話ししています。玄関は日中鍵をかけていませんので、外を自由に眺めたり外出も支援しています。 | 年間スケジュールに添って行なっている。今年初詣・菊祭り・蕁狩り・花見を楽しんだ。気分転換・ストレス軽減とらえ散歩は何時でも出掛けている。本の好きな利用者とは近くの図書館に行きたいときに行っている。       |                   |

| 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 |
| 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  | お金の取り扱いが出来る方はお手元にお金を管理していただいています。又、ご家族からの預かり金を金庫に保管していますので、必要時はその中からお金を引き出しお買い物して頂いています。                      |  |                   |
| 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   | 年賀状作りを行い家族などに郵送しました。本人より知人に話をしたいときは、電話などを利用して話してもらっています。  |  |                   |
| 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 | 町中の利点を生かし、昼間はベランダから外を眺めて季節感や生活観を楽しんで頂いています。和室にはコタツやホールの所にソファを置いて、好きな場所でゆっくり過ごせるようにしています。廊下やホールに手作りの作品を飾っています。 | ピカピカに磨かれた廊下・明るく広い居間は、出来るだけ居室を出てリハビリなど、参加してもらえるよう工夫している。コーナーには一段高く畳が敷かれ、おしゃべりや昼寝など自由に過ごせるよう配慮されている。 |                   |
| 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  | 一人ひとり思い通りに過ごせるように、和室やデイルームが在り、語らいの場を作っています。又、集団生活から距離を起きたい時も自由に利用しています。                                       |  |                   |
| 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  | 可能な限り使い慣れた物を持ってきていただくように奨励し、自宅にいるような気持で過ごせるように配慮しています。  | 自宅よりベッドや机・椅子を運び入れ、家族と共に楽しめる様配置している。全居室ドアの作りが同じ為、それぞれドアに好きな花を飾ったりして、居室を間違えのないよう配慮され、居心地の良い場となっている。  |                   |
| 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   | 手すりを設置し段差が無く安全に生活できるように考えている。   |  |                   |

サービスの成果に関する項目(アウトカム項目) 項目 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)     | 1. ほぼ全ての利用者の<br>2. 利用者の2/3くらいの<br>3. 利用者の1/3くらいの<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)   |
| 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)                     |
| 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広がったり深まり、事業所の理解者や応援者が増えている<br>(参考項目:4) |
| 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)   | 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)                                      |
| 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                                       |
| 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                                   |
| 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    |    | 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   |