

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	0270700164		
法人名	社会福祉法人 常光会		
事業所名	グループホームひばり苑		
所在地	〒033-0111 青森県三沢市六川目6丁目28-6		
自己評価作成日	平成28年10月21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28年12月14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)】

入居者に合わせた健康管理や医療関係機関と協力・連携し健康保持に努め、地域の子供たちや高齢者との関わる機会を多く持てるようにしています。

【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)】

地域への社会貢献を通して地域密着型サービスを提供している。看取りも視野に入れた体制を整え、利用者、家族、スタッフ全員が安心できるサービス提供を実施している。
--

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	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. 利用者の2/3くらいの				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいの				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある				3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが			○	3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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 (参考項目:36,37)		1. ほぼ全ての利用者が	66	職員は、活き活きと働けている (参考項目:11,12)	○	1. ほぼ全ての職員が
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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				2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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、安心して暮らせている (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が	公益社団法人青森県老人福祉協会			
			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	
Ⅰ.理念に基づく運営					
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	事業所独自で理念をスタッフ全員で作っている。家族、来苑者、スタッフが見えやすいホール壁にに掲示している。	年に1回、スタッフ全員で事業所理念を作成し、事業所内に掲示することで目標共有に繋がっている。主に日々の関わりからの意見を集約し、ケアに反映させている。	
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	運営推進会議を開催し、地域の人に参加をしてもらったり、地域のサークルの慰問や近隣の学校や保育所の行事へ招待があり参加したり、事業所内の児童館の生徒と一緒に行事を行っている。	地域の人口が減少し公共施設が少ない現状のため、買い物に困っている地域住民に定期的に買い物ができる社会貢献を行っており、買い物の場に利用者が参加することで地域住民との交流にも繋がっている。その他、法人内にある児童館で子供との交流や、地域の保育園との交流も定期的に行っている。	
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	運営推進会議で認知症の勉強会をし理解してもらう		
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	会議では行事やグループホームでの取り組みを報告し理解してもらっている。都度、利用状況を説明している。	2ヶ月に1度、適切に運営推進会議が開催され、市役所担当者、地域住民との話し合い、事業報告がされている。	
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に取り組んでいる	運営推進会議に市担当者が来苑した際に情報交換、相談し助言してもらっている。	利用状況の報告や助言を貰う事が出来ており、困難な事例が発生した際は、その都度、確認し適切な対応を実施することが出来ている。	
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	身体拘束のリスクについて学習し個々の状態や行動を考えた対応の検討をし拘束防止に努めている。玄関の施錠はしていない。	身体拘束についてマニュアルを整備し、職員が共通した認識と対応が取れるよう努めている。研修も定期的に行われ、理解を深める機会になっている。目に見えない潜在的な身体拘束がないかという視点も持ち支援している。	
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	職員会議時、身体拘束の研修をしたり、法人研修の内容に盛り込まれている。現在、施錠や拘束は行われていない。		

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
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	職員が包括ケア会議に出席し講習を受けているので、伝達研修をしている。		
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	事前に施設の概要料金等をパンフレットで説明。契約時に重要事項説明書を基に説明しさらに家族、本人からの質問に答え了解してもらっている。		
10	(6)	○運営に関する利用者、家族等意見の反映 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、普段の会話の中から意見を聞くようにしている。意見、要望があれば各ユニットの連絡帳に記入をしている。	利用者からは日々の会話から意見を聞きだし、ケアに反映させている。家族からは意見箱の設置や面会時に会話を持つ事で要望を聞き取り支援している。会話が難しい利用者は自尊心に配慮したうえで、生活歴や家族の要望などに沿って支援している。	
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	スタッフ会議時、業務の見直しや事業所行事の提案なども検討している。	1ヶ月に1回のスタッフ会議を行い、その場で職員の意見の吸い上げを行っている。経営者が検討した意見は職員にフィードバックされている。	
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	年1回の全体会と年頭の懇談会等の機会をとらえ職場環境等方針の説明に努め、朝の申し送りが必要な状況を毎日把握している。		
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	実践者研修修了者を講師に「認知症」「移動介助」「高齢者虐待」の項目にて法人内の研修を乗降してもらっている。介護福祉士、ケアマネの資格取得に向け希望者には勉強会を開催している。		
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	上十三地区のスタッフ交換案内をつたえている。実践者研修の外部実習の受け入れ情報交換をしている。		

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
Ⅱ.安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
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	申し込みに至る前には事前に担当ケアマネより情報を得て面談に望んでいる。面談はその都度対応している。		
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	本人とは別に利用にあたっての説明をしている。特に費用に関しては減免の対象になりうるか可能な限り対応している。		
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	利用者の利用にに至る経過及び状態変化についてアセスメントし仮のプランを作成、医療の必要性が高くなるのが合う時は家族にそのこと報告し他サービス利用を紹介するなどの対応を行っています。		
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	できること、やろうとする気持ちを大切に、できることはなるべくやってもらう。調理・洗濯たたみ・畑作業等で関係を築いている。		
19		○本人と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	面会時情報交換し、場合によっては家族の希望を受けるのみではなく、こちらからもお願いという形で本人の望みが叶う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 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	馴染みの関係の継続は、家族がお盆帰省時や、行事として近隣の学校等へ出かけたりにしている。	入居前の交流が継続できるように、地域に出かけることや、知人に来てもらう事を支援している。地域の学校行事にも定期的に誘われ参加している。	
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	孤立しないよう周りの状況を見ながら対応している。一人になっている利用者には職員が声掛けしたり、利用者同士で作業を行ったりして関係が出来るようにしている。		

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
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	現在該当者なし		
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					
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	生活暦の把握に努め(入所時家族より聞き取り)その生活に近づけた暮らし方が出来るように普段から本人の発言や行動を記録している。そのことを基にいろいろと取り組んでいる。	自ら意向等を発信できる利用者は少ないが、日常の利用者との会話、家族面会時の会話等から本人の意向や希望を拾い、実現できるように取り組んでいる。	
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	利用申し込みを受け、そのことを担当ケアマネに照会しアセスメントをして、それを基に入所時家族から聞き取りを行っている。		
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	ケアプランを基に、毎日各自利用者別に記録し把握に努めている。		
26	(10)	○チームでつくる介護計画とモニタリング 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	普段から本人家族の声を聴く姿勢を持ち記録に努めている。介護計画は家族に同意をもらっている。モニタリングも毎月家族に送付している。	日々利用者の状態を良く観察し、細かく記録することで、個人の意向に沿った介護計画を作成している。モニタリングは各担当毎に実施し、1ヶ月に1回、書面で家族へ報告している。	
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	毎日の朝と夕に引き継ぎの時間を持ち、情報の共有に努め、毎月利用者の様子等個別記録に残している。それとモニタリングを基にケアカンファレンスを行っている。		
28		○一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 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	デイ職員との交流にて情報の共有が図られ、行事の際の誘導等、見守りが強化されている。公用車利用時は調整が図られ病院送迎や行事の運転手の手配を特養と連携することで時間短縮が図られている。医療行為については基本は訪問看護と連携している。利用者個別のインスリン管理については併設の特養看護師とも連携を図っている。		

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
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	デイサービスに婦人サークルの慰問がある場合は率先して参加。そのことが地域の住民と交流し意識が活性し生活にメリハリを持つことができます。		
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	基本は在宅での医師としているが、本人の状態や今後の治療方針、看取り等個別の状態に対応するため、家族の意向を基本に調整を図っている。	本人、家族の意向を確認し、納得したうえで主治医を調整している。本人と家族の意向で看取りまで対応している。	
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	訪看へ普段の健康管理、往診利用者は、在宅ケアセンターへ相談。薬局の薬剤管理を利用。毎日情報交換シートを訪看へ提出し特変事項があればその都度報告して指示をもらい対応している。		
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。	情報交換シートを活用し共有化を図っている。家族との連絡や定期的に病室を訪れ不足しているものを確認したり本人の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、地域関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	利用開始の際に家族に重度化の指針の説明をして本人の状態変化について医療のニーズがある場合には事前に家族との話し合いを持ち定期的に情報共有に努めている。さらに看取りを希望する場合はかかりつけ医の調整を図っている。	法人に看取り、重度化指針があり、入居時に本人、家族と面談し意向の確認をしている。法人内の訪問看護の職員に講師をしてもらい、研修を受けることで看取りの理解を深めている。また、職員が利用者を看取る事へのストレスも考慮し、チームワークで支援に取り組んでいる。	
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	救急法を学び応急手当が出来るようにしている。		
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	自事業所内での防災委員会にて非常時の備品の確認及び避難マニュアルの確認、年2回消防訓練を行っています。地域の防災訓練にも参加し避難経験を体験する機会を持っている。	法人で防災マニュアルを作成し、年2回の消防訓練を実施している。利用者はバスに乗車し、実際の災害を想定して訓練を行っている。地域の住民とも連絡や調整が図られており、消防有識者の意見が良く反映されている。	

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
Ⅳ. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
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	普段の生活の中でちぐはぐな言動や行動があった場合でもそのことを否定することなく、その言動や行動から本人の要望を感じ取る為、記録にとり今後、混乱がないように対応している。排泄時の見守りやお部屋の訪問時の戸の開閉の声掛けについては特に羞恥心に配慮している。	人権の尊重を第一に考え、利用者を否定しないことをケアの基本としている。認知症で出来ないことが増えても、状態に合わせて本人が混乱しない方法を探り支援している。職員は定期的に倫理について研修で学んでいる。	
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	職員はケアプランの情報を基に本人が起こす行動や発言を促し、行動(介助)する前にどうしたいのか確認してから行動するように心掛けている。		
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	できる時は、散歩や畑の作業、本人がやりなれたことを利用者のペースを大切に実施するよう努力している。		
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	2ヶ月に1回カットボランティアを利用。外出時は家族に本人が気に入って持ってきてもらったおでかけに着替えおしゃれを楽しんだり、化粧したりして気分転換できている。		
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	食材切り・盛り付け・片付け・食器拭き・テーブル拭き・お盆拭き等役割を持ってもらい作業してもらっている。両ユニットに畑があり、利用者と職員と一緒に収穫をしおやつ作りや食事の材料として活用している。	食事は個人の状態に合わせてペースト状まで対応し、重度化が進んでも食事が楽しめる工夫をしている。利用者は食べるだけではなく、その前後の盛り付けや配膳、後片付けの中で可能な範囲で、食事場面に参加をしている。	
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	献立作成、栄養士と相談し行っています。水分摂取量が少ない利用者には嗜好を考慮し摂取を促している。		
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、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	毎食後各利用者の状態に応じて義歯洗浄、うがい歯磨き等自分のできることをしていただいた後に不十分なところを補う口腔ケアをおこなっています。		

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 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	個々の排泄パターンの把握に努め、自力での排泄を促すため、動作の失敗や後始末の見守り、声掛けをし、安全な環境で用が足せるように配慮しています。オムツの使用についてもできるだけを減らすように努力しています。	昼夜、排泄パターンを分析し、オムツを使用せずトイレで排泄が出来るように支援している。排泄の失敗も自尊心が傷つかないように配慮している。	
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	排泄チェックし便秘ぎみの利用者には水分を多めに提供したり、腹部マッサージをしたり防止に努めています。改善がみられない時は状況を看護師に報告早めに受診指示の相談するなどの対応しています。		
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	その都度本人に入浴したいか伺い、無理強いはいしない。相性の良い利用者が入っても良かったり、一人がいい人は一人で入浴してもらっている。最低でも週2回は入浴できるようにしている。	本人の要望を確認し、その都度入浴を行っている。認知症により入浴を拒否することも多いが、場所や時間を変えたり、足浴から始めてみたりと、本人が納得、安心して入浴出来るように支援している。	
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	本人の状態によって休息の声掛けを行っている。座位の傾きや傾眠が強い時等、日々特に夜間の状態を勘案して自室やソファを設け随時誘導している。		
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	薬は職員が管理し毎食後各自に渡しています。薬変更になった場合は、服薬後の状態を確認し記録している。		
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	個々の能力に応じて、食器洗い拭き、洗濯たたみ等の作業があり利用者各自ができることを行うことで、職員のありがとうの声掛けで終わるコミュニケーションを持っています。		
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	天気の良い日は外気浴、散歩を行っています。行事春の桜祭り見学、に始まり紅葉狩り等バス等を利用して外出をしています。	買い物や外食の他に、季節毎の花見や紅葉を見に出かける等、本人の希望を聞きながら家族と協力して外出支援を行っている。	

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
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	毎週1回出張販売では自分で商品を手にとってもらい、支払もしてもらっています。、外出時も同様に機会を設けています。		
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	毎年、年賀状を作成し送っています。また、家族への電話希望の方は電話をしています。		
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	日差しや外部での人の移動などいつもの状態にない時はカーテンをして視線を切ったり、床暖房の他にクーラーを設置しており温度調整を図っています。掃除は毎日行い清潔に心掛けています。季節により観葉植物等のディスプレイを変えている。	共用スペースと居室との住み分けを明確にし、日中は共有スペースで活動的に過ごせるように支援している。	
53		○共用空間における一人ひとりの居場所づくり 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	テーブルの位置関係を固定しているが、利用者個々の日中の過ごしたで、座る椅子を調整したり、食堂以外にもスペースを設けて、ソファ・テレビを設置したり安らげるようにしています。		
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	本人の移動の状態や認知機能の状態に配慮し、家具のほかに衣装ケースを準備したり、家具の調整をし転倒しないように対応している。自宅で使っていたテレビや家具を持ち込むことで暮らしなれた感覚で安心できるよう使用してもらっています。	本人と相談できる場合は本人と良く話し合い、居室のレイアウトを決めて、過ごしやすい環境作りを支援している。家族との関わりも密に行い、居室内に花や写真を飾ったりと安心して居心地良く過ごせるように工夫している。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	出来ること、わかることをアセスメントし、本人の生活動作が自然にできるようなテーブル配置であったり、ポータブルトイレ、手すり、照明設備に配慮し自信がもてるような生活の支援を行っています。		