

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	3370104147		
法人名	株式会社ピアーズ		
事業所名	グループホーム シルバーピアーズⅡ		
所在地	岡山県岡山市北区門前389		
自己評価作成日	平成 24年 6 月 10 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 http://www.kaigokensaku.jp/33/index.php?action_kouhyou_detail_2010_022_kani=true&JigyosyoCd=3370104147-00&PrefCd=33&VersionCd=022

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	有限会社アウルメディカルサービス		
所在地	岡山市北区岩井二丁目2-18		
訪問調査日	平成 24年 6 月 28 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)】

入居者一人ひとりの生活のペースを大事にしながら、無理なくゆったりとした時間を過ごしていただいている。その中で残された能力を生かし、生きがいのある楽しい生活を送っていただけるよう支援しています。

【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)】

経営理念や年間目標を毎日唱和する事で、職員自身が自分の物としている。管理者と職員との関係も密なので何でも相談出来る。だから職場環境もさらに生き活きとなって利用者に明るく接せるようになっている。身近な気配りもホウレンソウがしっかりとできているので、きめ細やかな身近な所(玄関の花や利用者のやりたい事の表情からの涙み取り等)の気配りがきめ細やかになっている。

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 2. 利用者の2/3くらい 3. 利用者の1/3くらい 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 (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と 2. 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 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 2. 数日に1回程度ある 3. たまにある 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 (参考項目:2,20)	○	1. ほぼ毎日のように 2. 数日に1回程度 3. たまに 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 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	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 (参考項目:4)	○	1. 大いに増えている 2. 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 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 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	66	職員は、生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. 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 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 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	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 3. 利用者の1/3くらいが 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 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	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. 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 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 (参考項目:28)	○	1. ほぼ全ての利用者が 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	事業所内に理念を掲示し、常に意識することで理念に基づいた介護を実践している。	毎日、申し送り時に全員で理念を復唱をしている。特に新人研修では、職員一人一人が納得することができるように説明し、理念への理解を追求している。	
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	保育園、中学校、高校、町内会などの地域行事に入居者と共に参加し、地域の人達との親交に努めている。	保育園に行き園児と遊んだり、高松農業高校の秋祭り、地域の生石祭り等に参加し、利用者と一緒に出店でホットドッグを売ったり、地域行事にも積極的に参加している。	幼稚園・小学校との情報交流及び交番の方との顔合わせなどの縁作りで更に地域との繋がりが増すことを期待します。
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	家族、地域交流会や運営推進会議の中で、認知症の勉強会や支援方法を話し合っている。		
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	地域住民、行政の方、ご家族を迎えサービスの取り組み報告を行い、質問、意見、要望を伺いサービスの向上に努めている。	2ヶ月に1回、行政担当者・家族・町内会長・消防署の方等が参加し開催している。会議では質問、意見、要望を伺い、サービスに反映していくと共に、事業所の活動を地域に広めることができるよう努めている。	
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	運営推進会議に地域包括支援センターの方に参加して頂きサービスの取り組みを伝え情報交換を行い相談にもものっていただいている。	地域包括支援センターの職員や地域住民の参加により、ほほえみ教室や運営推進会議等でサービスの取り組み、外部研修の情報等の情報交換を行っている。	
6	(5)	○身体拘束をしないケアの実践 代表者および全ての職員が「介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	身体拘束委員会を開き、他ユニットの職員とも活発な意見交換を行い身体拘束をしないケアを目指している。	介護は常に安全を一番として取り組んでいる。ただし基本的には出来るだけ拘束をしないケアを追求している。	
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	勉強会やミーティングを定期的に行い職員一人ひとりが理解を深め虐待が見過ごされないよう努めている。		

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 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	ユニット会議などで勉強会を行い、職員全体が理解できるよう努めている。また、ファイルを作成しておりいつでも活用できるようにしている。		
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	説明は時間をかけて丁寧に行いご家族からの質問、不安なことなどについても十分説明し理解、納得していただいている。		
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	日々の会話の中でも利用者様の思いを聞き取るよう努めている。また、ご家族の面会時などでも、意見や要望を言っていただけるような関係作りに努め、運営に反映できるようにしている。	家族の方の訪問が多いこともあり、色々な面で直に意見を聞く事ができる。体調不良時や異変時はすぐに電話にて報告し、相談をしている。	
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	毎月のリーダー主任会議、ユニット会議において活発な意見交換を行いより良い介護が出来るよう努めている。個別面談も行い意見、提案は検討し運営に生かしている。	毎月のリーダー会議やユニット会議において、問題をためない、意見を言いやすい環境作りを目指して検討している。その為にも、日々の申し送りで活発な話をしている。個別面談も半年に1回行われている。	
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	自己評価時、個人面談を行い思いや悩みを十分に聞き取りストレスを溜めない環境作りに努めている。また、日々何でも言い合える関係を築いている。		
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	新人職員には最初の一カ月はマンツーマン体制をとり、ケアの技術だけでなく利用者様との関わり方について丁寧に指導している。また、外部研修にも積極的に参加している。		
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	研修等で他のグループホームの方との交流、意見交換を行いサービスの質の向上を目指している。		

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	事前面談で生活状態の把握に努め本人の不安や困っていること思いに向き合いその方を理解し、職員が本人に受け入れられるような関係を築けるよう努めている。		
16		○初期に築く家族等との信頼関係 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	ご家族の苦労や困っていること、不安なことなどじっくりお話を聞きご家族が求めているものを理解し対応することで良好な関係作りに努めている。		
17		○初期対応の見極めと支援 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	本人やご家族の思いを受け止め状況確認、相談を繰り返す中で信頼関係を築きながら必要なサービスにつなげるようにしている。		
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おかず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	日々の生活の中で本人の思いや苦しみ不安喜びなどを知ることに努め、人生の大先輩であることを忘れず共に支えあえる関係づくりに留意している。		
19		○本人を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	面会時には、日頃の状態を報告、相談することで共に本人を支えていく関係を築いている。また、外出行事の写真を手紙に添えて送っている。		
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	来訪しやすい環境作りに努め、家族、友人等への電話連絡を取りもったり、地域の行事、他施設の催物に参加し、馴染みの人と会える機会を設けている。	地域の行事や他施設の催し物等に積極的に参加し、利用者が顔馴染みの人に会える機会を設けている。	
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	利用者の心身の状態、気分、感情で日々変化することもあるが一緒にお茶を飲んだり役割活動を通して互いに支え合って生活している。		

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	他施設へ移られる場合、今までの生活ケアが継続出来るよう情報提供を行っている。ご家族にその後の様子を手紙や電話でお尋ねしています。		
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	日々の生活の中で出来るだけ利用者様に寄り添い、会話や表情などから思いや希望を把握出来るよう努めている。困難な方の場合、どう生活したいか話し合ったり、ご家族の思いを尋ねています。	日常生活の中で、出来るだけ利用者と一緒に過ごす時間を作るよう努めている。また、個人的な話はその利用者の部屋でしっかり聞いている。1対1で話をする事により、利用者もよく話してくれるので、職員はケアに活かしやすい。	
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	ご家族との信頼関係を築き、ご本人の昔の生活の様子などの情報を得ながらご本人の全体像生活歴を把握できるように努めている。		
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	一人ひとりの生活のリズム、生活習慣、精神面、体調の変化等の把握を行い介護日誌に記録し職員全体で把握出来るようにしている。		
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	ご本人、ご家族に日頃の関わりの中で思いや意見、希望を聞きユニット会議や意見交換の場を設け、カンファレンス、モニタリングを行い意向に添った介護計画の作成を行っている。	本人や家族の要望を聞き、3か月毎にカンファレンス・モニタリングを行っている。また6ヶ月毎に介護計画を更新し、利用者にあったプランを作成できるよう努めている。	
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	職員の気づきや利用者様の状態変化は個々のケア記録に記載し職員間の情報共有を徹底している。個別記録を基に介護計画の見直し、評価を行っている。		
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	本人の状態や家族の意向に配慮しながら必要に応じて可能な限り出来る事は取り入れている。		

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
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	運営推進会議に地域包括支援センターの職員、町内会、民生委員の方などの参加もあり、地域の情報交換に努めている。また、行事には地域ボランティアの参加もある。		
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	事業所の協力医の他ご家族と協力し通院介助を行ったり、訪問歯科もあり安心できる医療体制を整えている。	協力医とは24時間いつでも連絡ができ、相談することができる体制が整えられている。本人や家族の希望や要望に沿って、安心して適切な医療を提供している。	
31		○看護職との協働 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	体調や表情の変化を見逃さないよう、早期発見に取り組んでおり、変化や気づきがあればただちに看護師に報告し適切な医療に繋げている。		
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、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。	入院時には本人への支援状況を医療機関に情報提供を行いお見舞い時には家族とも回復状況等情報交換しながら速やかな退院支援に結びつけている。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	入居時に重度化に伴う意志確認、同意書を本人家族の意向を基に話し合い作成している。終末期のケアについてもご家族と十分に話し合い医師とも連携をとりながら支援に取り組んでいる。	入居時に重度化した場合の対応について意思確認を行っている。重度化した場合、今後どうすれば良いか、いかに支援していくかについて医師と家族と共に話し合う場を設け、できるだけ家族の意思を尊重し、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	急変、事故発生時には協力医に早急に連絡し指示を仰いでいる。緊急時の対応準備マニュアルを作成し職員全員が習得している。救急救命方法の実技勉強会も行っている。		
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	年2回の消防訓練には、町内会、地域消防団の方にも参加していただき消防署の指導の下訓練を行っている。また、夜間や地震を想定した訓練も行っている。	夜間の災害や不意の地震を想定して、年2回消防訓練を行っている。緊急時には町内会長とも密に連携が取れるように、消防署の指導の下、訓練が行われている。	

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	個人情報の守秘義務については職員全体で勉強会を行っている。まずは、ご本人の気持ちが一番を考え言葉かけやケアには充分気を付けている。	勉強会を毎月1回実施している。勉強会の内容をそのときに入居している利用者に照らし合わせることで、言葉かけ等統一した支援を行う事ができる。また、プライバシー保護等などにも充分に気を付けている。	
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	一人ひとりの状態にあわせて、本人が答えやすく選びやすいような働きかけをしている。難聴の方には紙で筆談している。		
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、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	一人ひとりのペースを大切にして、その日の体調や様子をみながら本人の希望を尋ねたり相談しながら過ごしていただいている。		
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	訪問散髪やメイクボランティアの方によるメイク・マニキュアをしてもらっており、清潔を保ちおしゃれを楽しんでいただいている。服装もその人らしいスタイルが保てるようにしている。		
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	利用者様と職員が同じテーブルを囲んで楽しく食事が出来るよう雰囲気作りも大切にしている。また、その方が出来るお手伝いをしていただいている。	利用者と職員が分け隔てなく同じテーブルを囲んで食事をしている。利用者が楽しく食事ができ、食欲がわくように楽しい話や昔話に話を咲かせている。	
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	一人ひとりの体調と一日の摂取量を把握している。普通食が困難な方には一口大に切るなどして食べやすく提供している。		
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	食後は必ず口腔ケアを行い清潔が保てるようにしている。訪問歯科や歯科衛生士による口腔ケア指導も行っている。		

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 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	排泄チェック表を使用し、排泄間隔の把握トイレ指導の声かけを行いトイレで排泄が出来るよう支援している。	排泄動作の前後でふらつきや転倒防止の為に、職員が目配り、気配りを行っている。できるだけトイレで排泄ができるよう支援している。	
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	排便記録を見ながら十分な水分摂取を心掛けている。便秘気味の方には朝食前に牛乳を飲んでいただいている。		
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ず、個々にそった支援をしている	一人ひとりの生活習慣、気分、体調に合わせて無理をせず本人のペースに合わせて声かけを行いゆったりと一人ずつ入浴していただけるよう支援している。	利用者の要望に合わせ、無理をせず入浴したい時に入れるように努めている。お風呂が嫌いな人には、化粧セットを見て頂き、「綺麗になるよ」と声をかける等一人一人にあった声かけを行い、工夫している。	
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	一人ひとりの生活リズムを大切にしている。眠れない方には、温かい飲み物を提供したり、ゆっくり話を聞き、安心して眠れるように支援している。		
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	薬の処方ファイルにより職員全員が一人ひとりの薬の効能、副作用を理解している。服薬時には手渡しを行い飲み込み確認を行っている。		
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	得意分野で一人ひとりの力を発揮してもらえようお願いできそうな仕事を頼み、感謝の言葉を伝えるようにしている。		
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。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	ご本人の希望を聞きながら、行きたい所買いたい物などの要望を叶えられるように支援している。外出が難しい方は、季節を選んで散歩をしている。	本人の気分や希望に応じて、庭の散歩や手芸用品など買い物に出かけ、お金も自分で払う等外出支援をしている。	

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
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	ご家族・ご本人の要望により、外出時には財布を所持し、欲しい物を選び支払いができるよう支援している。		
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	ご本人の希望に応じて日常的に家族や友人へ電話や手紙を出せるよう支援している。		
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	天窓からの光がまぶしくないよう調整を行っている。季節の生花を飾ったり壁にはご利用者様の作品、行事の写真なども飾っている。	利用者の好きな花や利用者が作った作品を掲示板に飾り利用者が心地よく過ごせるよう支援している。	高い所の天窓の遮断用カーテン・エアコンの吹き出し口などのカビやゴミが溜まりやすいので健康面を考えて掃除をして頂きたい。池が有る日本庭園の手入れや、西の角の土地との境目に塀を作るなどして安全な工夫を期待します。
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	ホールのソファーを利用してもらったり、テーブルや椅子の配置に考慮して、落ち着いてくつろげるスペース作りに取り組んでいる。		
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	使い慣れた家具や思い出の写真、手作りの品を持ち込んでいただき、居心地の良い温かい雰囲気づくりに努めている。	家具や趣味を活かした折り紙や手芸品が飾りつけ、入居者が好きなように工夫して、少しでも違和感なく家庭と同じような居室で生活出来るよう心掛けています。	
55		○一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 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	一人ひとりのわかること、できることを見極め介護計画に取り入れながらケアを行っている。状態の変化に応じモニタリングを行い自立支援に努めている。		