

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	2470100559		
法人名	有限会社すずらん		
事業所名	すずらん寿楽の家		
所在地	三重県桑名市大字稗田字柳944		
自己評価作成日	令和元年10月25日	評価結果市町提出日	令和2年1月16日

※事業所の基本情報は、介護サービス情報公表システム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.mhlw.go.jp/24/index.php?action_kouhyou_detail_022_kihon=true&JiqvosyoCd=2470100559-00&ServiceCd=320

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 三重県社会福祉協議会
所在地	津市桜橋2丁目131
訪問調査日	令和 1 年 11 月 12 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)】

周りが田畑や小川に囲まれた自然豊かな環境で暮らしている。四季を感じとれる中で、体調に合わせて散歩を日課にしている。また、利用者本位の介護を念頭に置いた理念に基づき、利用者一人ひとりの意思を尊重し、笑顔を大切にしながら家庭的な環境で生活できるように支援を行っている。

【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)】

事業所は周囲が民家から遠いため田園風景が広く続いた静かな環境にあり、日々の太陽からの光と風景から四季を感じ易い事業所である。利用者に提供している基本的なサービス対応が、グループホーム本来の意義に基づいたものだと感じる。元気で体を動かせる利用者には掃除や料理の手伝いや洗濯物の整理などをしてもらい、なるべく使える機能を保持してもらう努力が見える。職員は年配のベテランもおり大人の対応で安心感がある。計画作成担当者も兼ねている管理者及びユニットリーダー2人も介護支援専門員である。「その人らしく、私らしく、共に笑い、共に生きる」という理念であるが、いざ実践するととなると難しい面がある。性格的に難しかったり、コミュニケーションがとりにくい利用者でも職員が怒らず優しく対応している。そのためなるべく冗談で笑いながらコミュニケーションを図り出来る事まで奪わないようにしている。

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 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、生き生きと働いている (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	地域との連携のなか施設理念「その人らしく」を念頭に本人のペースで生活行動が出来る様に支援を行う。	「その人らしく、私らしく、共に笑い、共に生きる」が理念であり、怒りっぽい方や賑やかなのが苦手の方など利用者は色々な人がいるので対応に苦慮する事もあるが、職員は会話で冗談を言ったりしながら笑わせて誰でもありのまま、その人らしく暮せることを実践している。	
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	地域交流の場薬師堂いきいきサロンへ参加 歌し歌、演奏、手作り作品、茶話会を楽しむ。	民家が隣に無いので近所付き合いは無いが、自治会に加入していることから、月に1回活き活きサロンに行ってボランティアによる演奏会を楽しんだりしている。前々年度にステップアップに上げた小学校や幼稚園児との交流は実践しており、幼稚園から5歳児が来所して折り紙を折ったりして交流が行われている。	
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	家族、知人の来所時、個々の支援について対応している。		
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	会議で、近況報告の中、入所者への対応内容について助言指導では意見を参考にし支援を行う。	年6回、2ヶ月に1回開催しており、自治会長・民生委員・行政・包括センターから参加がある。ヒヤリハットなどもしっかり報告して安全で安心できる暮らし方の助言を参考にしている。過去に1回家族からの参加があったが、現在は参加の要請していないので参加が無い。	家族が意見や質問をし易い状況が必要になることもあるが、家族会が無いので運営推進会議を利用することも良い。様々な状況を知ってもらう良い機会として家族の参加を期待する。
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	入居者個別の書類(介護保険の更新、生活実態調査)では取り組みを話し、実地指導等ではサービスの向上を伝える。	法律の改正などで行政とは本部がやり取りをする事が多い。それでも、運営推進会議に参加があるので意見交換をしたり、申請書類を提出に行った時に相談したりして良好な関係を築いている。	
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	認知症高齢者に対し、「虐待」について職員共通の認識として理解を深める為、「身体拘束ゼロ委員会」を立ち上げ勉強会を行っている。	身体拘束ゼロ委員会が中心となって毎月1回勉強会が行われている。安全上から居室の窓は全開出来ない。2年前に車椅子のベルトを使用したこともあったが、現在は使用することは無い。	
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	職員間の虐待防止について、共通の知識とし、勉強会を行う中、リスクのある入所者の場合は医師及び家族へ相談を行う事が重要。拘束ゼロ支援を徹底する。		

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	現在権利擁護を利用されている方も有り、個々の生活事情では、必要性を認識している。		
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	個々の生活事情を理解し家族等の不安や疑問に対し、丁寧に説明を行い理解、納得を図っている。		
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	利用者及び家族からの意見、要望は大切ですが内容により希望に沿えない場合には懇切丁寧に説明を行い、理解を得る。	車椅子利用者の家族より自分の足で車椅子を動かすことをさせて欲しいという希望があり、了解して利用者本人が自分で移動することをしている。ホッカイロを利用したいという利用者には家族了解の下使用もしている。	
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	代表・管理者の定例会議があり、又日常のミーティング等で意見の交換を行っている。	毎朝のミーティングや6ヶ月に1回のサービス担当者会議で職員の意見や提案を聞いて運営に反映させている。褥瘡の治りが良くない利用者への対処、食が進まない利用者への対処など様々な意見を運営に反映させている。	
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	職員の業務姿勢は前向きで、やりがいに繋がりが意欲がでる現場の整備に努める。		
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	管理者、責任者は職員の業務の姿勢、力量を把握し、施設内研修は実施。施設外の研修の機会も確保していく。		
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	当事業所にはサービスの種類が異なる事業所が有り、定例会議に参加し、意見交換を行っている。それぞれ、サービス向上の為に努力を行っている。		

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
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	認知症高齢者の場合、本人の訴えを職員へ伝える事は困難な場合もあり、常に寄り添い声かけを行う中、気持ちをお聞きし不安の除去に努める。		
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	家族様からの要望、希望を確認。不安な気持ちになられない様に、傾聴の姿勢を示していく。		
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	本人家族の意向を聴きながら、「その時」必要とされている支援を把握。他のサービス利用も含めた対応も行う。		
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	日常生活に上下関係は無く本人のペースで過ごして頂く。		
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	定期的な面会が有り、共に支えていく理解は見られる。		
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	家族と一緒に面会に同行される方も有る。本人も高齢の為、馴染みの方も少ない現状です。	家族協力による墓参りに行ったり、親戚・孫の来所時に気兼ねなく会話する場所や雰囲気作りをしている。デイサービスで親しかった方々との交流も途切れない支援をしている。	
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利用者が同士の関わり合い、支え合えるような支援に努めている	入所者間でも気の合う人ばかりではなく、レクリエーションの場で仲良くなれるように支援を行う。		

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	施設を離れることになられても、何時でも相談支援に対応できる。		
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	常に本人のペースで穏やかな生活が送れるように支援に努める。	機能訓練を希望する利用者にはボール運動やロネバナバ等と多彩なプログラムを実施しており、介護計画にも反映している。	
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	個々に生活歴、又環境のちがいもある中、大きな変化にならない様に支援を行う。		
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	施設での生活リズムが有りますが、本人の体調に合わせて穏やかに過ごして頂く。		
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	定期的に個々の変化、特に心身面での変化に気を付け職員間でケア検討を行い、計画に反映。	各ユニットごとに介護支援専門員がおり毎月モニタリングを行っている。訪問健診時の医師の助言も参考に計画に反映させている。6ヶ月ごとの見直しであるが、利用者に変化が見られる時にその都度現状に則した介護計画に変更している。	
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	個別支援経過記録に記載し、職員間で、共有し計画に反映。		
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	入所者、家族には、状況の変化があり、形式的なサービスでなく、柔軟なサービス支援を行う。		

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	地域の憩いの場(いきいきサロンへ参加し、歌、演奏、作品作り、お話を楽しむ。		
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	月1回の定期往診、胸部聴診、血液検査、内服薬処方等を受け、医学管理。職員は日常の様子及び変化を医師へ報告を行う。	入居する前のかかりつけ医を受診する事は可能である。現在、3ユニットで3箇所の医師が訪問健診をしており、こちらに変更する利用者が多い。訪問受診は家族付き添いが基本であるが、職員が付き添いする事も可能である。	
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	毎日の健康チェック(血圧、体温、脈拍)突然の変化の場合には、看護師へ相談。緊急性の見極めを行う。		
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。	かかりつけ医の定期往診を受けている為、入院の事態が起きれば適切な治療が受けられる。		
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、事業所です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	お元気な段階で、重度化した場合、終末時の対応等の方針を書面で交わす。	入居前に重度化した場合の基本方針を利用者と家族の同意を交わしている。医療行為が必要としない時期までの対応をしている。現状、医療行為や胃ろう等が必要な重度化時に対応出来る体制として、入院か看護師がいる系列有料老人ホームへの入居がある。	
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	十分ではないが、誤嚥、ケガ、痛みの場合には、看護師へ連絡。緊急の場合は救急搬送と対応が出来る様職員間で共有。		
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	地域との連携の中、地区防災訓練に参加し、避難の流れ経路を把握。又定期運営会議において地区の方と連携の重要性を話し合った。	地域の防災訓練が小学校で開催され、参加している。他に事業所では地震・火事・水害の内1つを想定した防災訓練を年2回しており、その内1回は消防署からの指導を受けている。防災マニュアルはあるがいざという時に読んで対応出来る時間はないので分かり易くチャート方式のマニュアルに変更したいと考えている。	いざという時にはスムーズな行動が執れることが必要なため、夜勤の職員でもその通り行動する事が可能なチャート式のマニュアルが必要であり、作成を早急にして常備することを期待する。

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	個々に性格考え方も異なり、その方らしく過ごせる様支援を行う。	居室のドアは中から鍵を掛けられるが、緊急時に職員は外から簡単に開けられる。トイレ誘導時もさり気ない声掛けをしている。排泄失敗時も居室に呼んで着衣を換えるなどプライバシーに気を使っている。	
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	生活上の自己決定が出来ない方の場合には本人と接する中で表情を読み取り働きかける。		
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	本人の体調、気分により、本人のペースで過ごせる事を優先にする。		
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	本人の持ち物の中で、おしゃれを楽しむ。清潔第一と考え支援を行う。		
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	現在入所者が一緒に厨房に入り食事の準備等はされていない。食事が楽しみになるよう好きなもの苦手なものを把握している。	業者が調理した料理が配達され、ご飯や味噌汁のほかに一品料理を加えて提供している。アンケートで朝食の主食をパンにし、お寿司が好評なので日曜日の昼食は助六寿司が提供されている。行事食としてクリスマスのおやつに手作りケーキを提供したり、誕生日や雑祭りにちらし寿司、バラ寿司が提供されている。	
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	栄養バランスでは献立の中で調整。摂取量の記録、水分量のチェックは行っている。食事量が少ない日は、栄養補助食品を摂取。		
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	食後の口腔ケアは行われている。最近では歯科の往診も有り、口腔内の観察、治療、入れ歯の調整を行う。		

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	日中は全員の方がトイレで排泄。精神面、清潔面でも良い。	パット・リハビリパンツ使用がほとんどであるが、布パンツが3人、オムツが2人が現状である。体操やバナナの食による便通に気を使っているため排泄時の失敗が少ない。	
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	食事に繊維質を工夫し、水分も本人のペースで摂取。緩下剤服用の方も居られる。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	週3回は入浴日。体調に問題が無ければ現在は午前中に入浴。	週3回、午前中の中の入浴で、柚子湯や菖蒲湯にして香りを楽しむ事もある。入浴時間も本人の希望に沿うようにしている。	
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	消灯時間は有るが入所者の自由で就寝される。		
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	職員は薬剤情報に目を通してはいるが、詳しい効能までは分からない。		
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	生活上の簡単な役割、洗濯物をたたむ、テーブルを拭く。四季の行事(行事食)、毎日のレクリエーションは楽しみにされる。		
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支援している	現在本人の希望に沿った外出は困難。家族の理解支援で実現できている方も少数ある。	散歩は毎日しており、車椅子利用者も出かけている。花見は事業所の行事に組み込んで出かけている。利用者の息子さんが鰻を食べに1月に1~2回連れて行くのが習慣となっている利用者もいる。	

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	本人が金銭管理は困難の為、施設で個別に預かり本人の希望の物を購入することが有る。		
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	電話を使用されることは無く、面会時の会話で、近況を知る。		
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	本人が希望されない場合は、転倒リスクがあり、施設全体が整理されている。	居間兼食堂は周囲が窓ガラスで囲まれているため採光が取り入れ易く明るい。そこから見える景色は、山脈が連なって青空が見えるのでパノラマのようである。食事のテーブルは3箇所に分かれて空間に余裕がありゆったりとした食事が出る。	
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	個室対応になっていて、思い思いに過ごされている。他入所者を招く場面はあまり見られない。		
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	居室は思い思いに希望されて、レクリエーションで作ったもの、ぬり絵など飾られている。	6.5畳の居室なので十分な広さがある。ベッドの周りに余裕があるので使い慣れた筆筒や小机を置いても狭くない。上壁面に吊戸棚とエアコンが設置されて空間を広く感じさせる工夫がある。	
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」「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	安全な環境為、個々の行動が制限されない様に工夫を行う。		