

### 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	1278400096		
法人名	医療法人 美篤会		
事業所名	グループホーム安房穂		
所在地	千葉県南房総市和田町仁我浦19番地7		
自己評価作成日	平成24年9月24日	評価結果市町村受理日	平成24年11月27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	<a href="http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php">http://www.kaigokensaku.jp/12/index.php</a>
----------	---

**【評価機関概要(評価機関記入)】**

評価機関名	特定非営利活動法人 日本高齢者介護協会
所在地	東京都世田谷区弦巻5-1-33-602
訪問調査日	平成24年10月26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)】**

なじみの所でなじみの人達と明るく家庭的な雰囲気の中で、入居者一人ひとりが安全に安心して暮らし続けられるような環境づくりや支援を大切にしています。

**【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)】**

海岸近くの静かな地域にある母体病院の敷地内で、医療連携のしやすい環境にありますが、来年近隣への移転計画があり同法人の複合施設として動き出す予定です。  
 1ユニットながら2階建なので2名の夜勤者を配置しており、安全に配慮した体制で利用者、家族などに安心感を与えています。  
 民家を改造した仕様なので、安全上や介護支援で不便な点がありますが、移転後の新施設は広々とした平屋の建物になるので、利用者にとって今以上に過ごしやすい環境になると思われまます。  
 また医療連携についても、引き続き母体病院による対応が十分行われる体制になっています。

**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 ↓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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	66	職員は、活き活きと働いている (参考項目:11,12) <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/>
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) <input type="radio"/>	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 <input type="radio"/>
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 (参考項目:28) <input type="radio"/>		

## 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
<b>I. 理念に基づく運営</b>					
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	「グループホーム安房穂は地域の触れ合いと助け合いを大切に、入居者の安心と安全を第一に考え、心から家族と思える介護に専念する事とする。」との理念を掲示、確認し、実践に向けて取り組んでいる。	理念を掲げて職員の月1回のミーティングで話し合っています。理念の中にある地域との触れ合いについては、移転計画があるので地域と今までの関係を続けられなくなりますが、これからは運営推進会議や行事で新しい地域との触れあいを増やしていこうとしています。	
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	地域の書道講師の月2回の指導や、市の高齢者名作品展に書道作品を出展したり、敬老会の歌謡ショー観覧、幼稚園・小学校の運動会・発表会の招待を受けたり、運営推進会議には区長・老人会会長・民生委員に参加して頂いている。	書道を習い、市の文化ホールで年1回行われる高齢者作品展に出品して、それが生きがいになっている利用者がいます。近くに小学校があり、避難訓練の時や普段の日の散歩の時に訪れたり、運動会に招かれて小学生とジャンケンゲームなどを楽しんだりしています。	
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	運営推進会議では話しをする機会はあるが、地域への貢献はこれからの課題である。		
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	今年度、運営推進委員が大幅に入れ替わり、運営推進会議やグループホームについて理解して頂いているところなので、これからの課題である。	運営推進会議のメンバーは区長、老人会長、民生委員、地域包括支援センター職員等9名登録で通常は5名程度の出席で年4回行われています。家族の参加は難しい状況です。議題は現状報告と意見交換が主体で行われています。	今までは病院の1施設として見られており、地域との触れ合いも独立した動きが出来なかったため、移転を機に運営推進委員の力を借りて地域との触れあいをどうしていくか話合っていくことが望まれます。
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取り組んでいる	市町村との連携は母体の法人が行う事が多く、グループホームは地域包括支援センターの介護支援専門員に運営推進会議に参加して頂いたり質問や相談をさせて頂いている。	市町村との連携は母体の病院の事務方が対応しており、ホーム独自では、地域包括支援センターの介護支援専門員が運営推進会議に出席してくれるので、運営推進会議の時やその他必要ある時に相談したり、意見交換をしています。	
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	建物の構造上安全の為、玄関は施錠している。入所時ご家族に説明し了承して頂いている。施設を新築する予定なので、完成すれば施錠はしなくて済む。その他の身体拘束は行っていない。	現在の建物では玄関は利用者の安全上常時施錠しています。家族の了解を得ると共に、運営推進会議で議論した結果です。問題点は理解しており、移転先では日中施錠をしない予定とのことです。身体拘束排除の研修等は行っています。	
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	法人でグループホーム職員対象の研修を行っており、虐待防止に取り組んでいる。		

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	以前は成年後見制度を利用されている利用者がおられたので身近な事であり理解していたが、今は該当される利用者がいない。		
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	その都度、管理者がご家族に説明し、理解、納得して頂けるよう努めている。疑問点などは気楽に聞いて頂けるよう心掛けている。		
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	面会時、電話連絡時には何か意見や要望は無いかわりにしている。又、面会票には意見や要望を記入する欄を作り、活用している。	利用者の意向は、日々親密に接する中で聞き取ったり、推察することにより把握しています。家族からは、来訪の頻度は平均月1回、多い人で月8～10回、少ない人で年1回で、面会のための来訪時に意見や要望を聞いています。	
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	月1回のミーティングで話し合っている。又、月1回法人のグループホーム管理者と医事責任者等参加の会議もあり、ミーティングで出た意見や提案を反映させるようにしている。	法人全体の業務改善会議や医療連携会議に出席して意見交換や情報交換をしています。職員とは月1回のミーティングで意見交換しています。また職員個別の自己評価表を作成して、これを元に年1回個人面談を予定しています。	
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	毎年、職場環境や条件の整備はすすんではいるが、まだまだ課題も多い。		
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	法人内のグループホーム職員対象の研修会や病院主催の研修会があり、全員参加をめざしている。		
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	グループホーム管理者の集いがあり、管理者は交流がある。職員の交流は以前あったが、今は行なっていないので、職員の交流を再開する様、管理者の集いで検討している。		

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
<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 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	事前情報を職員全体で共有する他、基本は見守り、傾聴する事で、本人が安心出来る関係を築けるようにする事だと、職員が共通認識し努めている。		
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	家族が何でも話せるように、安心感や信頼を築けるよう努めている。又、初期には頻繁に電話で様子をお伝えする様にしている。		
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	本人や家族から入所前の状態を良く聞き、必要としている事を見極め支援出来る様に努めている。		
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	暮らしを共にする者同士と言う事で、職員が介護する立場だけではなく、反対に利用者から助けられ、励まされる事も多く、お互いに助け合っている。		
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	本人と家族の絆を大切にしよう、日々の様子を伝えたり、毎月安房穂便りを送ったり、面会、外出、外泊も制限なく、自由に行き来出来る様にしている。		
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	いつでも、誰でも、面会は受け付けており、気楽に立ち寄って頂けるようにしている。同じ敷地内の病院の帰りやデイケアに来たついでなどに顔を見に来られる方も多い。	家族等は、月1回支払いを兼ねて来る方が大半ですが、中には家族内の連携で月2回ずつ訪れる家族もあります。ホーム長は馴染みの人と多くの関わりを持って貰うように利用者の家族に電話や「お便り」で働きかけています。	
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	一人ひとりの生活歴や性格を考慮し、声掛けをしたり、全員で過ごすリビングでの座席を決めている。職員が間に入り関係調節をし、お互い様と思えるような支援に努めている。		

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
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	死亡退居時はお花をおくり、通夜か葬儀に出席している。転居の際は、先方に情報提供をしている。どちらも折に触れ、電話連絡をしたり、手紙を送ったりしている。		
<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 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	日々の生活の中で本人の思いを汲み取れる様に見守り、家族との会話から情報を集め、月1回のミーティングで情報を共有して対応している。	職員は、日誌や個別ファイルの他に普段は「申し送りメモ」を使って日に2回の申し送り時に情報を共有しています。また利用者は日常会話が成り立ち自分の意見を伝えています。月1回利用者についてのミーティングを持ち、職員間で情報交換をしています。	
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	入所時に家族から生活歴などを記入して頂いている。本人や家族との会話から情報を集め、アセスメント表を活用してまとめている。		
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	ケア記録、バイタル表、排泄表、受診記録、訪問看護記録等を利用し、次の職員に申し送り、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 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	本人や家族からの要望を聞いたり、ミーティングでケアカンファレンスをおこなったり、主治医や訪問看護師の意見を反映して、介護計画を作成している。	年2回半年毎に介護計画の見直しをしています。特変した時には、その都度ケアプランの計画変更をしています。医療的情報は、個別受診時や家族、看護師から意見をもらっています。	
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	本人の暮らしの様子と支援者の関わり、気づいた内容を個別介護記録に記入し、申し送りにより職員間で共有し、支援や介護計画の見直しに活かす様に努めている。		
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	行事等は同法人内の施設や職員に協力してもらっている。入退院時は家族の不安を和らげたり、日頃の様子を伝える為、管理者が同行している。		

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
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	社会福祉協議会、学校関係、地域の役員、地域包括支援センターの協力を得、行事などに参加させて頂いている。		
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し、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	本人、家族の意向に添ったかかりつけ医での継続的受診を支援している。同法人内の病院の医師、看護師との連携は取れている。他の病院を受診される利用者にはバイタル表や日頃の様子を手紙に書き、ご家族に渡している。	利用者のほとんどが、母体の病院に主治医を持っており、病院と医療連携会議を開き、ホーム長、職員が参加しています。他の病院にかかっている場合は、生活内容が良く判るように日常の詳細を記した手紙(メモ)を家族に渡しています。	
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	同法人の病院の看護師や訪問看護師と連携し、相談しアドバイスを受けたり、受診に繋がっている。		
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。	入院時には管理者が同行し、医療機関に日頃の様子を伝え、本人や家族の不安が和らぐよう努めている。退院時にも情報交換し、ホームでの生活が問題なく送れるよう支援している。		
33	(12)	○重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 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	入所時に「重度化・看取りの指針」を説明し、同意書を交わしている。しかし、緊急時には家族の意向が変わる事もあるので、その都度、家族や主治医と相談し、支援する様努めている。	ホームとして看取り指針があり同意書を利用者・家族から取っています。しかし、緊急時等急変した場合は、隣接する病院との連携や利用者・家族の意思の変化によって支援方法が変更される事もあります。医師・看護師と連携をとって支援しています。	重度化した場合や終末期など職員の観察力や能力が問われる事も想定すると、まず職員一人一人の力を高める為に研修の充実が期待されます。
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	対応マニュアルを作成し、目に付く所に貼り、確認はしているが、定期的な訓練は行っていないので今後の課題である。急変時は同敷地内の病院に連絡し、医師の往診や指示を受けている。		
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	同敷地内の病院と合同の消火訓練を行なっている。利用者も参加し、避難場所まで避難している。地域との協力体制づくりは今後の課題である。	法人施設と合同で年1回の避難訓練を行い、避難場所である近隣の小学校へ避難しています。消火器取扱訓練も行っています。備蓄は食糧品備蓄リストを作成して購入年月、消費期限、交換日などを常にチェックできるようにしています。	地域との協力体制作りは普段からの地域住民との関わりで培われていくと思われるので、移転先での地域住民との触れ合いから始めていくことが期待されます。

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>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	一人ひとりの人格を考慮し、方言を使ったり、敬語を使ったりと、その人に馴染みのある言葉で声掛けをする様努めている。	現在は地域性を考慮した会話が行われていて、利用者も職員も「お父さん」「お母さん」「お姉さん」「お兄さん」と愛称で呼ばれる事に抵抗なく受け取っています。しかし、利用者の尊厳はきちんと守るようにしています。	
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	本人に合った声掛けをしたり、表情や態度で思いを察したり、自己決定し易いように質問の仕方を変えたりしている。		
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	出来る範囲でその日の利用者の体調や気分にあった暮らしが送れるよう、個別支援を心掛けている。		
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	理容は2ヶ月ごとに施設に理容師が来所して行っている。衣服を自分で選べない利用者は職員が似合うものを選んで手伝っている。男性の髭そりも忘れないようにしている。		
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	食事は材料の買物、米とぎ、野菜の下ごしらえ、調理、食器洗い等、利用者の力や気分にあった事を一緒に行っている。レクリエーションで回転寿司に行ったりもしている。	週3回の買い出しに利用者を同行しています。3人ほどの自立に近い方は、調理や食器洗いなど分担しています。弁当持参で戸外の公園でランチをとる事もあります。職員持参の作物で調理した料理が食卓に出ることもあります。	
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	食事量や水分量は記録し、必要量が摂れるようにしている。疾病により食事制限のある方は、医師や栄養士に相談し、指示をもらっている。		
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	一人ひとりの口腔状態や個人の力に応じて、見守り、介助している。義歯は毎晩洗浄剤に一晩漬けている。		

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	排泄記録を参考に排泄パターンを把握し、声掛け、誘導し、トイレで排泄するようにしている。布パンツ、リハビリパンツ、尿取りパットと一人ひとりに合った物を使っている。	排泄チェックシートを利用して時間で誘導して、利用者を不快にさせないように支援しています。夜間オムツの人は2人いて、時間で誘導して支援しています。便秘のため薬やオリゴ糖、ヨーグルトで排便コントロールをしている利用者もいて、職員は利用者の変化を観察して支援しています。	
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	入所前より便秘の利用者は医師や訪問看護師と連携し排便コントロールをしている。他の利用者は水分摂取や軽体操を取り入れ、自然な排便が出来る様支援している。		
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てしまわずに、個々にそった支援をしている	浴場をデイケアと共用しているため、時間帯は午後に決まっている。一人ひとりの体調を見て職員が決めているが、入浴しない日は足浴を行なっている。	入浴は土曜以外の午後に行っています。大浴場のため利用者へ目が届く範囲で介護できるよう調節して、日に3～5人入浴の支援をしています。機械浴の方は病棟のを使い、また、水虫対策など足浴を毎日行っています。	
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	一人ひとりのパターンに合わせた就寝時間で対応している。夜間は1時間ごとに居室を巡回している。		
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	薬の確認、保管をし、服薬時には誤薬防止の為の確認をし、きちんと飲み込めたかも確認している。		
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	一人ひとりの能力や希望に添った家事活動が定着し、その人の役割になっている。毎日10時のお茶の後に軽体操、レクリエーションを行うようにしている。週3回の食材の買物や月2回の書道教室、毎月の行事を行なっている。		
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	一人ひとりのその日の希望に添った外出は無理だが、天気や体調をみて、近所の小学校、幼稚園、駅、海までの散歩や、ドライブを兼ねての食材の買物、毎月の行事で外出している。毎月家族と出掛けて外食をしたり、家に帰ったり、お墓参りをされる利用者もいる。	外出のための散歩の計画も立てていますが、風や雨、寒暖により、体調などを考えて中止になる事もあり、家族からは外出の希望が常にあります。しかし、月に1回は必ずイベント外出などで学校、回転寿司店、運動会、幼稚園などに出かけて楽しんでます。	



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
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	お金を持っていないと不安になる利用者は家族と話し合って現金を持っておられるが、基本的には預かり金として職員が管理している。		
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	電話の希望があればこちらから掛けるのも、受けるのも自由で時間の制限も無い。手紙のやり取りも自由で、家族が便箋や葉書を用意され、手紙を出し、返事が来るのを楽しみにしている利用者もおられる。		
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	一日の大半を過ごす居間兼食堂が狭いので、明るく清潔感があるように気をつけている。壁には季節の飾りのコーナーと毎月家族に送っている安房穂だよりを1年分貼ってるコーナーがある。	2階建で階段は安全上鍵をかけており、エレベーターでの昇降を行っています。居間兼食堂や廊下などが狭いので清掃には気を使っています。居室も毎日清掃して換気をして清潔を保っています。移転先は平屋で広々としているとの事で今以上に快適になると思われます。	
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	一日の大半を過ごす居間兼食堂での座席は利用者の性格や人間関係を考慮して決めている。建物の構造上難しいが、出来る範囲で椅子を置くなどしている。		
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	入所時に今まで使い慣れた物や好みの物で部屋を作る大切さを説明しているが、家族によってそれぞれで、習字作品や家族写真が飾ってある部屋もある。毎日掃除、換気し、清潔を心掛けている。	民家を改装した建物なので、各居室の仕様が若干異なっています。備え付けはクローゼットとエアコンで、その他は自由な持ち込みになっています。利用者それぞれが使い慣れた物を持ち込んでいます。	
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	居室には表札を下げ、自分の部屋が分かるようにしている。廊下には手すりを取り付け、物を置かないようにしている。		