

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	0470300260		
法人名	(有)ライフサポート		
事業所名	グループホーム オリーブ		
所在地	塩竈市松陽台3丁目25-20		
自己評価作成日	令和 2年 12月 4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/
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	NPO法人 介護の社会化を進める一万人市民委員会宮城県民の会		
所在地	宮城県仙台市宮城野区榴岡4-2-8 テルウェル仙台ビル2階		
訪問調査日	令和 2年 12月 17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)】

「手を出しすぎない」をモットーにできる限り持てる機能を維持していただけるよう「待つこと」を心がけており、見守りと声掛けを重視して、笑顔で楽しく過ごしていただけることを目標にしております。利用者様の健康管理については入居前からのかかりつけ医を継続して受診していただき、書面や電話による情報提供で連携しながら維持に努めています。訪問歯科の定期的な口腔ケアと受診で美味しく食べることが継続できるように配慮しています。

【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)】

ホームは、JR本塩釜駅から1.4km車で6分の山手の静かな住宅地にある。庭では菜園や園芸を楽しみ、食堂から行き来できる広いテラスを利用して芋煮会が行われる。入居者の状況に応じ出来る事を見守り、自主性を尊重し無理強いせず生活を支援している。家事の中で役割を持って貰う事で生活の満足度に繋がっている。誰もが孤立しないように話し相手になったり、声掛けし笑顔を引き出す支援を心掛けている。看取りは行っていないので、他老人施設への入所の相談をしたり、入院時の情報提供をしている。

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 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 (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. 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身体や精神の状態に応じて満足出来る生活を送っている。 (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、やりがいと責任を持って働いている。 (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	利用者の意思を出来る限り尊重し、外出等の支援をする努力をしている。 (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、医療機関との連携や、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、安心して暮らしている (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			

2.自己評価および外部評価結果(詳細)(事業所名 オリーブ)「ユニット名 」

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踏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	理念の共有ができるよう、業務中や会議を通して振り返り再確認をしている。	理念を事務所と台所に掲示し、日々確認しながら理念に基づいたケアに繋げている。「笑顔を引き出す」に力を入れ、入居者が笑顔で過ごせるように職員自ら笑顔で明るく接することを心掛けている。		
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	町内会行事等への参加は継続中。今年度はほろなの影響でほとんどない状況。散歩などを通して地域住民の方との触れ合いはあり。	町内会に加入し回覧板で地域の情報を得ている。入居者と一緒に回覧板を届ける事もある。町内の夏祭りに参加し盆踊りを楽しんだ。散歩時に顔見知りになった地域の方と挨拶を交わす等の交流がある。		
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	ホームからの積極的な働きかけは行っていない現状。			
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	運営推進会議ではホームでの様子や困難事例等について報告。対応などにて助言や意見をいただいている。	会議は、市職員や家族、入居者が参加し、利用状況や行事、会議報告をしている。市の保健師から徐脈時の対応や注意点等専門的なアドバイスを貰った。地域住民の参加の声掛けをしていく事とした。		
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	利用者様やご家族様に関する問題が生じた場合には、担当部署(長寿社会課・保護係)に報告・相談をしている。	生活保護の入居者と家族の関係性や、コロナ禍の面会について相談している。ケアマネ研修や感染症対策の研修会情報があり参加している。外部研修の事例が参考になり、ケアに活かしている。		
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	日中の時間帯での玄関の開錠を行い、身体拘束になりうる事例が発生した際には、委員会とは別に随時代替え案の話し合いを行っている。	3ヵ月毎に委員会を開催し、適正なケアを検証している。転落防止で3点のベットの必要な場合は、家族に説明し同意を得ている。職員の意見で、窓の簡易鍵の位置を上部から下に付け替えた。		
7	(6)	○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	関連法に関する勉強会は実施していない。虐待防止の資料を配布・掲示している。日常生活内で利用者様に失礼のない対応に心がけている。	職員の声のトーンが上がった時は、他職員が介助を替わるように気を付けている。拘束や虐待の事例集を配布し、全体会議時に読み合わせをし情報を共有している。今後は議事録を作成する事とした。		

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	制度の理解を学べる機会を提供できていない。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又はや改定等の際は、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	入居時に説明し理解を求めている。また、面会時家族からの質問に回答するよう努めている。		
10	(7)	○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	家族の面会時やケアプランの更新時に意見や要望を聞き、ケアに反映させている。	面会時やケアプラン作成時に状況を報告し、家族の意見を聞き取っている。食事が減った入居者の栄養摂取状況や意欲のないことを家族と話し合い、好物を提供して現状維持出来るように支援している。	
11	(8)	○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	定例会議で全スタッフから意見を求めて、プランの評価やケアの方法について検討、実施している。	職員の意見を基に、食事形態や食器、スプーンを見直し購入した。布団乾燥機の購入や手摺りの増設が実現している。休暇は、希望を聞きシフトを作成しているため、希望通りの取得が可能になっている。	
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	処遇改善加算を原資に、スタッフの実績を検討し給与への反映を行っている。		
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	外部研修には殆ど参加できていないが、日常業務の中での介護技術の実践・意識の向上を目指した指導をしている。		
14	(9)	○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	できていない。	地域ケア会議に参加し他事業所と情報交換をしている。グループワークでの事例検討や介護拒否対応が参考になった。近くの調剤薬局薬剤師に、減薬の相談をしてアドバイスを貰う事もある。	

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	入居初期の段階から、事前の基本情報をもとに本人の思いや要望に耳を傾け、信頼関係を築けるようにしている。		
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	入居前の調査等で要望や本人に対する思いを聞き関係を築いている。		
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	問い合わせや見学の段階で入所以外の可能性があれば情報提供を行い、検討していただくように努めている。		
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	利用者様の状況に応じて、できる範囲での家事をお願いし、主体となれる場面を作るようにしている。		
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	受診や外出、季節の衣替え等で協力を求めながら関係を築いている。		
20	(10)	○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	家族や親類との関係は維持できているが、友人知人との関係は希薄になりつつある。お墓参り等は継続している方もいる。	家族と理容室や墓参りに出かけたり、かかりつけ医を受診している。通院時に家族と外食を楽しむ方もいる。訪問理容や訪問歯科、花の苗を差し入れてくれる地域住民と新しい関係が出来ている。	
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	生活の中で利用者様同士が気づかい・助け合いができるように支援している。孤立しがちな方にはスタッフも交えて関わりあえるよう支援している。		

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	長期入院等を経て退所された利用者様には、お見舞いを兼ねて訪問し、お話を伺うようにしている。		
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	(11)	○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	利用者様一人一人の会話や表情から思いをくみ取り、状態や場面に合わせた支援をしている。	仕事を探して欲しいとの要望で、洗濯物たたみや掃除機がけ等出来る事をお願いし役割を持って貰っている。外を眺める方とテラスの落ち葉掃除をしたり、散歩に出かけるなど入居者の思いの実現を支援している。	
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	入居時の情報提供や調査で得たものをもとに、家族や本人の会話や行動の中から把握す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	日常生活の中での仕草や言動に注意しながら見守り、状態の変化の把握に努めている。		
26	(12)	○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	定例会議で全スタッフからプランに対する評価・改善点等の意見を求め、ケアマネを通じて本人や家族の意向を取り入れながら、次のプランに反映している。	毎月モニタリングを行い職員の意見を取入れ見直している。医師の指示による食事や水分摂取の調整や、家族の意見で厚着にならないような声掛けを、年4回のケアプラン作成に反映させた。	
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	利用者様自身の様子や変化を、個人記録・日誌に記載。特変やケア内容の変更等あれば申し送りノートに記載し共有。口頭での再確認も行う。		
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	ケアプランの内容にとらわれず、本人の変化や家族の要望を踏まえて、その時々に必要なケアを行っている。		

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
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	地域行事の参加また、散歩を通して地域住民との交流をもち楽しめる機会を作っている。		
30	(13)	○かかりつけ医の受診診断 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	在宅時からのかかりつけ医を優先し継続して受診ができるようにしている。受診時にはホームでの様子を情報提供している。	1名の訪問診療利用者以外は、かかりつけ医を家族付添いで受診している。受診時に、入居者のバイタルや食事、排泄、服薬の状況表を提供している。緊急時は訪問医や救急車を要請し、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	看護師の配置はなし。往診の際には情報提供を行っている。		
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、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。又は、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。	入院時には医療機関への情報提供。退院時には病棟を訪ねて状態を確認し、退院後に安心して生活に戻れるよう相談に努めている。		
33	(14)	○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	入居時に重度化した場合の指針を重要事項説明書で確認。現時点での看取りは行っていない。家族や医療機関の協力で重度対応の往診等はある。急変時は救急搬送することを伝えている。	入居時に「重度化・看取り指針」の説明をしている。看取りや医療行為が必要な場合の対応は行っていない。他老人施設申込みの案内をしたり、入院時に職員が同行し情報提供する事もある。	
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	応急対応や救急搬送時に対応できるように説明はしているが、定期的な訓練には至っていない。		
35	(15)	○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	災害対応の訓練は実施している。訓練後の記録を残し、次の訓練につなげるようにしていく。	夜間想定を含め避難訓練を実施した。電話付近に住所と電話番号を掲示し、スムーズに消防通報が出来るようにした。地域住民にお願いする役割を説明しながら参加の声掛けをする事にした。	

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	(16)	○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	利用者様の状態に合わせた声掛けをし、言動を否定せずに思いを受けとめている。居室への入室も本人に確認するように心がけている。どのように呼んでほしいかを本人に確認している。	移乗が理解できない入居者には、落ち着くまで待ち、声の大きさやイントネーションに気を付けて声掛けしている。。排泄の失敗時は、他の人に気づかれないように声掛けしトイレ誘導している。	
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	意思決定がしやすいように、本人のレベルや状況に合わせた選択肢を提供している。		
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	レクや家事・職など全体の声掛けは行うが、無理強いすることはせず、個々の希望に添えるように努めている。		
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	本人の意向を優先している。極端な厚着や薄着の際には声掛けを行い理解を求めている。衣替え時には家族に本人の要望も伝えている。		
40	(17)	○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	食事形態は本人の摂取状況等で柔軟に変更している。誕生日の際には好みのものを提供。旬のものを取り入れるように努めている。	チラシを見て食べたい物を選んでもらい、職員が献立を作成している。調理の下処理や下膳、テーブル拭き等を出来る人がしている。季節毎の行事食やソフト食で作ったおせち、刺身が喜ばれている。	
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	全利用者様の摂取状況を記録。極端に摂取状況が少ない場合には代替え食や高カロリー補助食品等を提供している。		
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	毎食後口腔ケアの声掛け・介助を行っている。都合に合わせて月1回の訪問歯科を導入している。		

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
43	(18)	○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	排泄チェック表を活用しながら個人ごとに声掛けや誘導を行っている。介助が必要な場合も危険のない範囲で外で待つようにしている。	排泄状況を確認し、本人に確認しながらリハパンやパッドのサイズを見直し失敗を減らしている。排泄パターンを活用した声掛け誘導で、リハパンから布パンツに改善した方もいる。	
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	食事・水分補給・運動を心がけている。自立の方の排便状況は無理のない範囲で確認。便秘の方に対しては排泄パターンを確認。必要に応じ下剤等を医師に依頼している。		
45	(19)	○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	1日おきに入浴している。可能な限り本人の希望する湯温やシャワー浴にも対応している。	週3回の入浴である。温度や順番は希望を取り入れている。入浴剤やゆず湯でゆっくり出来る工夫をしている。歌を楽しむ人もいる。転倒予防として、手摺りを増設し、脱衣所の温度に気を付けている。	
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	起床・就寝の時刻には特にこだわらず、その人のペースに合わせている。体力のない方は日中の静養も実施している。		
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	用法・容量についてはチェック表を用いて間違いのないように努めている。状態の変化を観察し受診時には報告。		
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	季節や利用者様ごとに生活歴や趣味を取り入れやりがいや楽しみを継続できるよう支援している。		
49	(20)	○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	個別の状態を考慮した上で、テラスでの日光浴を楽しんだり、畑やプランターのお世話・草取り・近隣への散歩の機会を設けている。全体では季節に合わせて外出の機会を設けている。	多賀城総社宮へ初詣や、花見ドライブをした。外食が難しい時期なので、テラスで芋煮会をしたり、お茶を飲んで日光浴を行っている。菜園の手入れや草取りで外に出る機会を作っている。	

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	希望者には金銭預かり(有料)を実施し、必要物品の代行を行っている。自身でお小遣いを持っている方は小遣い帳を作成し管理の支援をしている。		
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	利用者様の要望で家族や友人に電話を掛ける支援をしている。		
52	(21)	○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	自然の風や採光を心がけ、過度な冷暖房にならないよう配慮している。季節を感じられる飾りつけや、利用者様の作品を掲示している。	食堂は温度・湿度に気を付け、定期的に窓を開け換気を行っている。クリスマス飾りが季節感を出している。新聞や園芸雑誌を読んだり、大人の塗り絵や点つなぎを楽しみながら過ごしている。	
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	共有スペースで一人の場所を確保するのは難しいが、席の移動や場所を提供しその時々で居場所の確保をできるようにしている。		
54	(22)	○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	入居時には使い慣れたなじみの物の持ち込みを依頼している。危険のない範囲で居室内は自由に使えるように心がけている。	ベッドや寝具、筆筒、炬燵、カーテン等好みの物を持ち込んでいる。家族の写真や仏壇、ぬいぐるみを飾り安心できる居室にしている。転倒予防で、人感センサーを利用している居室もある。	
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」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	我が家であることを意識して、必要最低限の掲示物にしている。居室は表札や照明のひもの長さを変えるなど個人に合わせている。		