

### 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	1290200102		
法人名	株式会社 ユニマットそよ風		
事業所名	畑町ケアセンターそよ風		
所在地	千葉県花見川区畑町1334-1		
自己評価作成日	2014/11/4	評価結果市町村受理日	平成27年1月13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26年12月15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)】**

『気が付く・気になる・気が利くケア』の実践を心がけています。会社の合併以前から目標としています。暖かい、家族のような場所を提供したいと思っています。『気配りと笑顔・思いやりと優しいケア』を目指します。

**【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)】**

1. JR検見川駅からバスで8分の千葉市郊外の閑静な住宅街に立地したホームです。鉄筋コンクリート造り建物の、2階・3階を占め、1階には系列デイサービス、居宅介護事業所があり、運営面で連携して効率化を図り、利用者・家族に色々便宜を図っています。  
 2. サービス面では、理念の「気がつく、気になる、気が利くケアの実践」を既にも実践しており、家庭的雰囲気の中、利用者の高齢化(平均85歳、最高齢104歳)が進んでいますが、皆さん比較的に元気で笑い声が頻りに聞かれました。アンケートでも、殆どの家族から、感謝・絶賛されています。  
 3. 医療面では、毎月の内科医の往診、月2回の訪問歯科、毎週の訪問看護師体制になっており、看護師(週3回の非常勤)が健康管理・病院付き添い等を行っており、家族に安心感を与えています。

**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) <input type="radio"/>
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) <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	GHの理念を掲示し、事務所内に貼付しているが、理解している職員は全員では無いと感じている。	理念「気がつく・気になる・地域に気が利くケアの実践と、地域に愛されるグループホームを目指します」を掲げており、職員はミーティング時や職員会議時に確認、共有し、日頃のサービスで既に実践しています。地域密着性も織込み、適正と思われます。	
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	事業所としては、DSの併設の利点も有ります。近隣のボランティアの活動は良くできていると思います。町内会などの参加は出来ませんが最近では地域の方から声を掛けて下さることも増えました。	民生委員の力添えで、小学校の運動会や盆踊りに参加しています。地域出身の利用者が多く、地域にすむ家族が収穫した柿や野菜を差し入れたり、近所の人・友人が随時気軽に来訪しています。最近地域の人から声を掛けて来る事も増え、地域に根ざして来ています。	
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	認知症に関しては私たちが常に模索しています。その人なりのケアが必要であり、他人へ教えられるようなことは有りませんが、相談を受けたときは一緒に考え、良い方向に支援します		
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	最近では人員不足の中でも2ヶ月に一回の開催が来ています。報告は会議の中で行い取り組んでいます。	偶数月ごとに、地域包括支援センター、民生委員、利用者、家族、後見人、センター長、管理者、職員で定例的に開催し、活動報告、利用者状況、ヒヤリハット・事故報告、生活ビデオ鑑賞等を行い、意見交換しています。	
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に取り組んでいる	最近では、私の方から直接連絡を取る事は出来ていません。会社の中で行っているようです。千葉市の担当者が直ぐに変わってしまうので、信頼関係を築く事は難しいと思います。	市担当には、センター長が折衝・報告しています。地域包括支援センター職員が必ず運営推進会議に出席し、意見を交換しています。	
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「介護保険法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	身体拘束の範囲は広くグレーゾーンも有るようですが、身体拘束ゼロのつもりです。委員会の中で話し合う事も増えています。	身体拘束について、随時ホーム内で確認し、併設のデイサービスと共同の身体拘束委員会が中心で研修を行っています。昼間玄関に施錠せず、エレベータ(鍵付き)前で佇む利用者には、声をかけたり、随時外に連れ出す等配慮しています。	
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	日常の中で見逃さないようにしています。これも委員会の中で話し合う事と、カンファレンスにて取り組んでいます。		

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
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	研修には参加できていませんが、お客様には後見人の方がいます。何かあれば、相談させていただきます。		
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	契約時は、全てを読んで説明をしています。その時間内で納得できていると判断しますが、時が経つと忘れていることが殆どです。		
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	運営に関しては、運営推進会議などを利用してセンター長やエリアマネージャーから説明させていただいています。	家族からは、来訪時や電話連絡時、運営推進会議時に、意見・要望を聞いて運営に反映させています。又外部評価時のアンケートを尊重し改善に努めており、実際今回のアンケートで、「よく話を聞いてくれ、柔軟に対応してくれる」と大好評です。	
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	代表者のセンター長やエリアマネージャーが全体会議の際に報告・説明しています。	センター長が年2回の個人面談時や職員会議時に、職員の意見を聞き、反映するように努めています。又本社にフリーダイヤルの相談窓口があり、職員はいつでも直接相談できる体制になっています。	
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	現場の意見を反映させ、センター長へ報告し、会社側へも意見を出す事が有ります。その中で反映されることも有ります。		
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	法人の中での研修と事業所内での研修や、カンファレンス等で行っていますが、GHとしては千葉市の研修へ参加したいと思います。人員が揃えばその時間も確保できると思います。		
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	系列会社の中で、見学や会議などの交流が有りますが、他社との交流はあまり有りません。居宅CMの見学は良くあります。		

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>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	アセスメント・モニタリングは計画作成担当者と居室担当者(利用者様の担当)が連携して作成。日頃の観察等で気付いた事はカンファレンスの議題にしています。		
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	初めは見学の際のアセスメントが初期と考えています。基本情報は入居が決定してから行い、入居後は担当者会議、面会時も含め日頃の連絡や報告の際、要望相談に答えています。		
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	見学の際のアセスメント時に必須の支援を見極めているつもりです。入居後、初期プランの際に再度お聞きして、支援をしていきます。他サービス利用はGHなので自費の物になります。訪問理美容・訪問歯科・訪問看護等		
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	ここでの生活は、先ず職員同志が、家族の関係のように信頼を築く事と考えています。その上で利用者との関係を築きます。		
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	ご利用者様の根底にあるものは、そのご家族です。絆を崩さないように支援していきます。		
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	併設しているDSのご利用者様が、ご家族や親戚近所のご友人が来訪されることもありますが、だんだん少なくなっています。	面会に来やすい雰囲気があり、家族はもちろんお孫さんが来て利用者が喜んでます。近所の人も来訪し歓談しています。入居前から受けていたお灸、レストランでの外食、お墓参り、法事等に家族と外出する利用者もあります。	
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	認知症の方々は、関わりが出来ない方が多く、間に職員が入り、関わりを持たせているような状況です。		

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
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	殆どの方は、入院されそのままご逝去されていきました。最近では急に特養からの面談が多く、寝たきりの状態の方は、転設されました。その際の情報提供等の支援に努めています。		
<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	全て人の性格が違うように、認知症はそれぞれです。認知症の為、その方の意向を聞き取ることが困難ですが、日常の会話や行動の中で把握するよう努めています。	利用者の中には、故郷へ行きたい、昔の疎開先に行きたい要望があり、家族に伝えています。意向の把握が困難な人でも、表情や断片的な言葉から察して要望に添うように努めています。リラクセス効果があるせいか、入浴時にコミュニケーションが取れる場合もあります。	
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	ご家族様からの情報しか頼る所は有りませんがご家族様が知らなかった事を、突然本人から聞くことも有ります。ただ、本当かどうか？ですが…生活していく中で把握しています。		
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	各担当者が意見を出し合う環境が有りますので会議の中で個々の生活確保を考えています。		
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	同上、各担当者との関わりを保ち、意見やアイデアを出して考え、プランに反映しています。	計画は、計画作成者を中心に本人や家族の意向を取り入れ、医師、看護師、管理者、居室担当者等の意見を反映し作成しています。又3ヶ月から半年毎に見直しをしています。随時の見直しは、退院時、介護度の更新時などに行っています。	
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	記録の他にも、職員間の連絡・報告帳を活用して情報提供と共有をしています。		
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	身体状況・認知症の低下が著しくありますので、その時々ニーズに柔軟に対応するしかありません。		

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	併設のDSや居宅介護支援、ボランティア・コミュニティ等の事しか有りませんが、楽しく暮らして頂けるよう活用しています。		
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	協力病院と訪問看護・訪問歯科も有ります。病院との連携は難しいですが、それぞれに考えながら取れていると思いますし、支援しています。	内科医の往診が月1回、訪問看護師は週1回来訪しています。職員の中に看護師(週3回勤務)があり、利用者の健康管理、相談、外来に付き添う等、健康維持に努めています。訪問歯科は月2回訪れ、虫歯の治療、義歯の調整、口腔ケアを行っています。	
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	週3回のGH看護師と訪問看護には常に状況を伝えていきます。GH看護師との受診対応や看護は充実していると思います。		
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。	最近の協力病院は、外来と入院病棟の連携が困難のようです。往診の看護師の対応も悪く、今ここでの問題点ですが、外来師長への信頼が強いので往診の先生を含めて連携をしています。		
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	看取り加算は有りません。看取りを行う事はとても大切な事ですが、当施設では出来ません。こればかりは医療との連携が不可欠です。	契約時に家族と「看取りの指針」に関する書類を交わしています。看取りまで行っていませんが、緊急時には提供病院への搬送、その後入院となる場合もあります。家族の希望により特養に移った人もいます。ホームでは出来る限りの支援を心がけています。	今後、利用者の高齢化・重度化が進む中で、看取りに関しての医師や看護師との連携(24時間オンコール)体制が期待されます。職員に対して「終末期や看取り」に関する研修も必要と思われる。
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	全ての職員が把握できているとは言い切れませんが、日常の中で経験していると思います。重度化の方が多いので、ぎりぎりまでの支援をしています。最終的には在宅での看取りと思います。		
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回の訓練と、防火管理者の研修は他職員にも受けてもらって居ます。	消防・災害避難訓練は、消防署立会い訓練と自主訓練の2回/年、併設のデイサービスと共同で実施しています。殆どの職員が地元出身者の為、緊急時に直ぐ駆けつけられるそうです。一連の防災機器(防火扉含め)は完備され、備蓄も3日分あります。	最近各種災害が心配されること、避難弱者を抱えていること、地域の方から頼りにされる可能性があること等から考え、関係者で災害について話し合うこと(最終的には、防災訓練実施)と、備蓄(数量、内容)の見直しが期待されます。

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	まだ、出来ていない事が多いと思いますが、カンファレンスの中で取り組む事はしています。	原則的には苗字で呼んでいますが、利用者の要望に応じ、家族の了解を得た上で名前で呼んでいる人もいます。トイレ誘導時には、「立ちましょね」から「ちょっと一緒に行きましょう」と他の利用者に気づかれない配慮をし、ドアを閉める等羞恥心にも気遣いをしています。	
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	自己決定の出来るご利用者様には決定して頂くよう支援する様心がけていますが、出来ない方が多い為、その方の行動等を観察と気遣いしながら取り組んでいるつもりです。		
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	個人で過ごす時間は設けていますが、最近強く感じる事は、職員に関わって欲しいと思っているご利用者様が殆どであると言う事です。集団生活の時間の限り、なるべく希望に沿っています。		
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	自身で決められない方が殆どですが、なるべく希望に沿う様、支援しているつもりです。		
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	食事は一番の楽しみようです、ミキサー食でも変わらない様な味付けを心がけています。下準備等の下ごしらえをする等の支援も、心がけています。	食材は業者に頼み、メニュー表も一緒に届きます。食事前には、誤嚥予防の体操を行っています。必要に応じてお粥、刻み、とろみをつけたミキサー食を提供しています。出来る人はもやしのひげ取り等を手伝っています。食事中利用者同士の会話が見られました。	
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	食材の業者には、こちらの希望も良く聞いてもらい、栄養士が作成するメニューの中で取り組んでいます。		
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	自力で磨いていても口腔内は汚れていますので毎食後介助しています。その他、訪問歯科による口腔ケアも施行しています。		

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むけた支援を行っている	出来る限りのトイレ誘導を行っています。夜間のトイレ誘導も行いますが、夜間の排泄が困難な方に関してはオムツの対応を施行しています。	入院してオムツになった利用者が、排泄パターンを把握し、車椅子を使いトイレ誘導して紙パンツに改善した例があります。夜間でもトイレ誘導をしています。安全の為に夜間のみポータブルトイレを個室で使用している人もいます。	
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	なるべく乳製品で補い、服薬を少なくしています。新ご入居者様は、殆どが排便コントロールが出来ていないので、現状は服薬で管理していますが常時服用し無い様、排便コントロールを心掛けています。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴時には、必ず拒否のあるご利用者様がおりますが、入ってしまうと、ご機嫌が良くなります。気持ちが良くなるように入浴介助を支援しています。身体的重度の方が少なくなりましたが、その分認知症の重度が増え、奇声・暴言・暴力の方が増えました。今後の課題です。	1日おきに入浴支援をしています。体調に問題があった人は翌日に延ばしたり清拭に切り替えています。利用者によっては、安全面から2人体制で入浴介助を行っています。またしょうぶ湯やゆず湯にして、季節を感じられるよう配慮しています。	
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	夜間覚醒・睡眠障害・昼夜逆転が増えていきます。転倒の事故を防ぐ事で精一杯なのが現状ですが各々の居室にて安心して入眠出来る様支援しています。重症の方へは睡眠導入剤を服用して頂き、良く入眠出来る様、医師と相談しています。		
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	訪問診療にてドクター・NSと相談しながら服薬管理をしています。服薬事故が多いのでダブルチェックを怠らないよう支援しています。		
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	各々の、好きな事ややりたいことを見つける様に心掛けて、生活の中で取り組んでいます。		
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。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	最近気候が良くなったので、近隣の散歩に出かけられるようになりました。また、帰宅願望の強い方へは、その都度散歩などを試みています。また、その月のお誕生会は外食をして頂くように考えています。	ほぼ毎日、車いすの人も一緒に約30分散歩に出かけています。買い物は家族と共に、おやつや飲み物を購入しています。初詣は近隣の神社に、お花見は花島公園、夏には海までドライブに出かけ、外出支援に努めています。希望によっては近くのレストランにケーキを食べに出かける事もあります。	



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	お金を持つことで、不穩になってしまう方や、ご家族様の意向で持つことを禁止されている方も居ます。なるべく意向に沿うよう支援しています。		
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	手紙や電話の対応は職員を通じて支援しています。		
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	掲示物等で季節感を出すなどの取り組み、ご利用者様との共同作業で作成しています。頂き物の飾り物なども飾っています。本部の上司から汚い！と指導をされたことも有りますので気を付けて飾っています。	リビング兼食堂は、明るく、広く、清潔で、居心地よく過ごせる様になっています。室温、湿度を調整し、花が置かれ、季節の飾りや貼り絵、行事写真、カレンダー、絵画等があり、季節感・生活感を感じます。職員は、相性を考え席順に配慮しています。レクリエーションで、利用者の笑い声が頻繁に聞こえた事が印象的でした。	
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	転倒の危険性が高いですが、個室の中では、自由な対応をして頂き、遠くからの見守りを行っています。		
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	ご家族様の意向に沿っての個人室になっています。	居室は、エアコン、クローゼット、介護ベッド(一部を除き)が備え付けになっており、適度の広さもあります。安全確保のため、ご家族と相談の上、ベッドに大きな鈴をつけた部屋や、数枚のマットをベッド脇に置いている部屋がありました。	
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	転倒のリスクは年々強くなっています。安全面に気を付けて神経を使っています。出来る事には拘束せず、支援しているつもりです。		