

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	4790100384		
法人名	医療法人 城南会		
事業所名	三原あけぼのホーム		
所在地	沖縄県那覇市三原1丁目2番6号 2階		
自己評価作成日	平成29年 1月3日	評価結果市町村受理日	平成29年 4月 3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.kaiyokensaku.mhlw.go.jp/47/index.php?action_kouhyou_detail_2016_022_kani=true&JiyosyoCd=4790100384-00&PrefCd=47&VersionCd=022
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	株式会社 沖縄タイム・エージェンツ
所在地	沖縄県那覇市曙2丁目10-25 1F
訪問調査日	平成29年 1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)】

家庭的な雰囲気なかで、利用者一人ひとりが生きがいのある明るい生活が送れるよう支援しています。日中はデイケアを活用しながら、利用者には身体面・精神面の変化が見られた場合、医師(主治医)・看護師に速やかに報告し対応していただき、その後の指示等を相談しながら支援するよう努めています。

【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)】

当事業所は、モニタリングを職員と介護支援専門員、管理者参加で毎月開催している。その中でケアの見直し等を行い、統一したケアの取り組みがされている。利用者の「寿司が食べたい」との思いをくみ取り、家族の協力を得ることで叶えることができたり、正月には5名程の利用者を自宅で外出・外泊をしていただくように家族に説明して取り組んだ実績がある。認知症専門医を有する医療法人が母体であり、医師である理事長と連携し、利用者の日頃の健康管理や急変時の対応、重度化や終末期の支援体制を確立している。

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)
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	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)
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)
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)	○ 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、活き活きと働けている (参考項目:11,12)
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
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごさせている (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
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		

自己評価および外部評価結果

確定日:平成 29年 3月 6日

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	定期的な話し合いは少なかったですが、ミーティング等で確認しながら支援するよう努めています。	管理者が事業所独自の理念を作成し、事務コーナーの壁に提示されている。理念については、職員のミーティングで話し合う機会を設けている。	
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人として日常的に交流している	月1回の夜間地域パトロールに参加してもらい、少しずつですが地域の方々と交流しています。	包括を通じて、毎月第2木曜日に地域の夜間パトロールに管理者やケアマネジャーが参加している。パトロール中には、地域の方から事業所についての話などをすることで事業所のこともわかってもらい少しずつだが交流をしている。	今後は、自治会の加入も検討しているので、交流室を活かしながら地域との関わりを深めていけるような取り組みが望まれる。
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	地域パトロールを通じて、地域貢献できるよう広げていきたいと思えます。		
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	利用者の状況や活動等の報告を、説明資料(議事録)を配布し意見交換しながらサービス向上に努めています。	運営推進会議は、利用者や家族、行政職員、地域代表が不定期に参加して年6回開催している。会議では、利用者の状況、事故・ヒヤリハットの報告を行っている。議事録は、会議参加者以外の家族には配布や公表はない。	運営推進会議の意義を踏まえ、定期的に参加しやすい環境づくりや議事録の整備、公表が望まれる。
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取り組んでいる	運営推進会議を通して連絡・相談等を行っているため、それ以外の協力関係は少ないです。	市町村担当者とは、運営推進会議で情報交換を行っている。今後は、災害時の受け入れについても相談をしている。また、法人での事例報告会にも参加してもらっている。	
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	身体拘束ケアマニュアルを備え身体拘束しないケアに取り組んでいます。しかし、玄関の施錠については危険防止の為、室内からは押しボタン式にしています。	法人主催、身体拘束の研修会に全職員参加している。常時、「家に帰りたい」と訴えている利用者と一緒に外出や散歩などに出かけている。夜間は1名居室にセンサーが設置されている。家族には説明し同意書をもっている。	
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	虐待防止についてのマニュアルを備え、職員は常に意識をもって、防止に努めています。		

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
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	権利擁護事業や成年後見人制度についてマニュアルを備え、情報提供できるよう努めています。		
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	契約書や重要事項説明書に関しては、時間をかけて説明し疑問や不安をなくし納得した上で契約を行っています。		
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	意見や要望が話しやすい雰囲気作りに努め、改善点があれば可能な限り早急に対応するよう努めています。	利用者の意向は、日頃の関わりの中で聞くように努めている。「寿司が食べたい」という声に、家族の協力も得て対応している。家族等の意見は、来訪時を聞く機会としている。	
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	日々の業務やミーティングで、意見や提案は積極的に発言してもらい改善に努めています。また、要望があれば個人面談も行っています。	職員の意見は、毎日のミーティングから聞き、業務の改善等を職員と相談しながら見直しを行っている。また、職員からの休み希望を優先した勤務シフトを作成し、維持されている。	
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	意見や要望があれば話し合いの場を設け、可能な限り改善するよう努めています。		
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	法人内外を問わず、研修会や勉強会があれば積極的に参加させるよう努めています。		
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	研修会や交流会の機会があれば、可能な限り参加するよう努めています。		

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
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	利用者や家族の話をよく傾聴し常にコミュニケーションをとりながら、対応するよう努めています。		
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	家族の意向や要望をよく傾聴し、納得していただける説明ができるよう努めています。		
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	利用者と家族の意向を話し合った上で、他事業者の情報も提供できるよう努めています。		
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	人生の先輩として尊重し、これまでの経験から学んだことを教わりながら、お互いの関係を築いていけるよう努めています。		
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	健康状態や精神状態の変化等には、家族と共に考え連携・協力して支援するよう努めています。		
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	面会もオープンにし、訪問された方々を積極的に受け入れています。また、外出や外泊ができるよう支援しています。	馴染みの人や場は、利用者や家族から聞いて把握している。家族の協力で地域の美容室に出かける他、旧盆・正月など5名程の利用者の自宅への外出・外泊を支援している。また、地域のJAの祭りなどにも出掛けている。	
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	食堂兼リビングでの座席配置は、特に気を配り利用者が孤立したり口論しトラブルにならないよう努めています。		

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
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	サービスが終了しても、本人への面会や家族との連絡はとれるよう努めています。		
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	日々の関わりを通して利用者の希望や意見を把握し、可能な限りの対応に努めています。困難な場合は、家族に協力していただきながら支援しています。	利用者の思いは、日頃の会話の中から思いや意向をくみ取るように努めている。把握が困難な場合は、家族からの情報や利用者の表情・行動等、把握に努めている。実習生が弾いた三線に一人の利用者が興味を示し、昔、弾いていたことがわかったことで、家族の協力も得て今では利用者自身で三線を弾くようになってきている。	
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	利用者や家族からの情報を得ながらこれまで過ごされてきた経緯を把握し、支援できるよう努めています。		
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	健康チェックと経過記録等を申し送りにて情報を共有し、利用者の状態や変化を把握できるよう努めています。		
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	ミーティングやモニタリングの場を設け、介護職とケアマネージャーで話し合いを持ち、現状に即した介護計画を作成しています。	担当者会議は、利用者や家族、主治医、管理者等が参加し、利用者・家族の意向などを確認し、介護計画を作成している。モニタリング及びカンファレンスは毎月開催し、利用者の状況に即した支援内容を随時見直し、更新時や状態変化の際に介護計画を見直している。	
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	日々の様子や変化等は、個別に記録しています。また、情報を共有して実践や介護計画の見直しに活かしています。		
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	利用者や家族からの要望等、状態や状況に応じて可能な限り柔軟に対応・支援するよう努めています。		

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
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	まだまだ、地域資源の把握はできていない状態です。		
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	利用者全員の主治医は当法人の医師なので、定期受診・変化があればすぐに診ていただいています。また、専門診療が必要な場合は紹介状を書いています。	利用者全員が入所前から法人内のかかりつけ医となっており、受診は法人内の医療デイケア利用時等に職員が行なっている。受診時には管理者が直接面談や電話にて主治医と連携を図り業務日誌にて職員間で情報共有している。専門診療が必要な場合は主治医から紹介状を持参し家族対応にて通院、返書にて連携が図れている。	
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	週2回訪問してもらいバイタルチェック等を行っています。また、身体面や精神面の変化があれば報告し対応してもらっています。		
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。	入院時の状況を家族・病院側と情報交換を行いながら支援しています。また、面会に行き利用者の状態を確認しています。		
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、事業所の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	主治医から家族へ重度化・終末期の指針を説明していただき、本人や家族の希望・要望を考慮した上で、延命や看取りに関する同意書を作成しています。	利用開始時に主治医から重度化や終末期について利用者・家族に説明し希望・要望を確認した同意書を作成している。管理者が法人内での研修にも参加し、今年中には主治医と管理者・職員が連携を密に取りながら支援してきた看取りの実績がある。	
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	緊急時マニュアルを備え、主治医・家族・救急への連絡体制はとっている。応急手当や初期対応の訓練は定期的には行えていませんが、不定期に主治医・看護師からのアドバイスがあり職員間で確認しています。		
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	消防訓練を通して災害に対する対処法を身につけるよう努めています。しかし、地域との関わりは薄いので協力体制はまだこれからです。	昼夜想定自主訓練を年3回実施している。参加者は利用者・職員のみであり近隣病院の職員へ災害時の協力呼びかけは行なっているが実際訓練参加等の協力は得られていない。レトルト食品を2～3日分備蓄として保管している。	利用者の安全な生活を提供するため地域連携のもと災害避難訓練の実施を期待する。

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	利用者の人格を尊重し上から目線ではなく、人生の先輩として敬意をはらいながら支援するよう努めています。	利用者と目線を合わせた姿勢でゆっくり丁寧な言葉遣いで、穏やかに笑顔になるような声かけを心がけて対応している。入浴拒否がある利用者へは無理強くない対応や、専業主婦をしていた利用者に食材の下ごしらえや食器洗い等をお願いする等残存機能が発揮できるように環境を提供している。	
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	利用者の思いや要望があれば、傾聴し可能な限り自己決定できるよう支援しています。		
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	利用者の意見を尊重しながら、可能な限り本人のペースですごせるよう支援しています。		
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	これまでの身だしなみやおしゃれができるよう、家族にも協力していただき支援しています。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	野菜の皮むき・切りやもやしのヒゲ取り等、できることは手伝ってもらいながら食事作りをしています。食後は、食器洗いやお膳拭き等も行っています。	副菜は業者委託している真空パックの食材を3食利用し、ご飯とみそ汁、おやつは事業所で調理している。調理の際野菜の下ごしらえは利用者も一緒に行っており職員は同一の食事や弁当を持参し利用者と一緒に食べている。行事の際には職員が手作りする沖縄の郷土料理を出す事もある。	
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	食事量や水分量は、毎日チェックし記録をとって把握するよう努めています。また、食欲不振の利用者には、主治医に確認し経腸栄養剤を活用しています。		
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	毎食後の口腔ケアは、利用者の状態や状況に応じて支援しています。口腔状態にトラブルがあれば、家族に報告し歯科受診につなげています。		

沖縄県(三原あけぼのホーム)

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	日中はトイレ誘導するよう支援しています。しかし、夜間帯は職員が1名のため居室にポータブルトイレを設置し排泄を行っています。	排泄チェック表を用いて利用者の排泄パターンの把握や、尿意が訴えられない利用者へは排泄前の動きやしぐさに注意し適宜トイレ誘導を行ない日中は全員がトイレ排泄できるように支援している。夜間はオムツ交換が2人、利用者・家族の確認を得た利用者はポータブルトイレの使用で夜間も安全に排泄行為が行なえるように配慮している。	
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	日々の排便状態を記録し、食事や水分摂取量・運動等に配慮しています。また、主治医・看護師に報告・相談しています。		
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	入浴は週3回になっていますが、利用者の体調や拒否がある場合は、無理強いない対応を行っています。	入浴支援は基本週3回予定としているが本人の要望に沿って支援の時間や回数を変更している。入浴は個浴であり、温度調節できる脱衣所で個別の整容が行なっている。浴後はマニキュアを塗ったり身なりをきれいに整えている。	
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	良眠できるようデイケアの活用や当施設での活動を取り入れ、一日のリズムが崩れないよう支援しています。		
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	利用者一人ひとりのお薬を職員間で確認してから服用させています。お薬の変更や臨時薬があれば、内容や副作用について申し送りしています。		
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	利用者や家族から好み等を聞き取り楽しめるよう支援しています。また、野菜の皮むき・もやしのヒゲとり・食器洗い・洗濯ものたたみ等をやっています。		
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	気分転換を図るため、ドライブや散歩をかねてスーパーへの買い物等を行っています。また、家族との外出・外泊は積極的に支援しています。	週1回は希望する利用者と散歩がてら近くのスーパーに行きパンやお菓子等の買い物に出かけている。月1～2回は利用者の要望で奥武島までドライブに行き天ぷらを買ったり、ファーストフード店でイトインやドライブスルーでアップルパイを購入して外出先で食べている。	

沖縄県(三原あけぼのホーム)

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	本人で所持したい方には所持してもらい、必要に応じて買い物等を行っています。		
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	要望があれば柔軟に対応するよう努めています。		
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	室温やテレビの音量・照明には十分配慮し、壁には季節感をだすための飾りつけをして、心地よく過ごせるような工夫をしています。	食堂兼リビングの共用空間の床や廊下は落ち着いた木彫で採光が良くカーテンで調整されており適度な明るさとなっている。壁には季節毎の飾りが掲示されており、加湿器やエアコンを使用して室温等を管理している。テレビの前に4~5人掛けのソファを2脚設置しており利用者の人気の場所になっている。	
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	共有空間にテーブルやイス、テレビ等を配置して利用者が思い思いに過ごせるよう居場所を工夫しています。		
54	(20)	○居心地よく過ごせる居室の配慮 居室は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもをを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	利用者が使用していた身の回りの物や家具等を持ち込んでいただいて、落ち着いて過ごせるよう工夫しています。	居室にはエアコン・ベッド・クローゼット・洗面台が設置されており、利用者が使い慣れたタンスや三面鏡・テレビ・テーブルセット・宗教関係等の家具を持ち込み利用者の動線に合わせて配置している。また、布団で生活していた利用者の居室はベッドは撤去しマットを敷き布団で寝起きできるように配慮している。	
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	手すりを設置して可能な限り利用者の動線上に物を置かないよう、安全で自立した生活が送れる工夫をしています。		