

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	運営理念を念頭に日々ケアに取り組んでいる。職員にも理念を伝え実践につなげている。	「その人らしい、豊かな暮らし」という理念については玄関に掲示し、取り組み姿勢を内外に向け明確に示している。家族に対しては入居時希望をお聞きし利用者一人ひとりに合わせた支援について説明している。職員の中に仮に理念にそぐわないような言動等があった場合個々に話を聞き、リーダーとも相談の上管理者の想いを伝え、理念に沿った支援に導くようにしている。	
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	近くの理容院の方が散髪に来て下さっている。秋祭りでは区長、民生委員、近隣の方に招待状をお出して参加して頂く。近くの高校生の実習、職場体験の受け入れや、中学生の音楽会に招かれ交流を持ち、アルミカン集めをした収益で贈呈品を毎年頂いている。	自治会協力費を納め、岩船地区の一員として参加できる行事には参加し一員として活動している。毎年1月10日に行われる岩船地区の金毘羅様の「だるま市」に見学に出掛け地域の皆様とふれあっている。引き続き地区秋祭の際には獅子舞が来訪し利用者の楽しみの一つとなっている。また、ホームの秋祭りの際にも地域ボランティアや地区の人々の来訪があり、盛大に開催している。合わせて高校生の職場体験の受け入れや中学校の音楽会見学等も引き続き行われており、地域に溶け込んだ活動をしつつ、利用者に張り合いをもって生活していただけるようにしている。	
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	運営推進会議の場で地域役員の方と情報交換をし認知症の症状についてお話し地域の方にもお話している。		
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	2か月に1回開催ができています。運営推進会議ではグループホームの活動状況の報告をしている。また、防災訓練への協力にもつながりグループホームの理解が深まる機会になっている。	2ヶ月に1回、家族代表、区長、民生委員、市介護保険係、地域包括支援センター職員、ホーム関係者の出席で開催している。理念や取り組み姿勢の説明、利用者状況報告、行事予定・行事報告、事故報告、等を行い、意見・要望をサービスの向上に繋げている。会議の実施報告書は自由に閲覧出来るよう玄関に置いてある。また、毎年6月には防災訓練に合わせ運営推進会議を行い出席者にも参加して頂いている。	
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	運営推進会議には、市担当者の職員が参加している。相談が生じた場合はその都度連絡をとっている。	市福祉課とは生活保護等の相談を行い連携を取っている。また、新規入居者の情報を介護保険係や地域包括支援センターから引き続き頂いている。市の介護相談員の来訪が6ヶ月に1回あり、傾聴中心に利用者との交流の時間を過ごしている。介護認定更新調査は調査員がホームに来訪し行い、状況は職員が細かくお話ししている。	

グループホームなかの

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
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	身体拘束をしない為の研修を行い、身体拘束をしない取り組みをしている。日中は施錠をしないようにしている。	身体拘束を必要とする利用者もなく拘束のないケアに取り組んでいる。玄関は日中開錠されておりドアの開閉に合わせセンサー音で知らせるよう工夫されている。外出傾向の強い利用者があるが話をしたり、職員と外を散歩したりして対応している。転倒危惧のある利用者が半数ほどおり、安全確保のため家族と相談し足元センサーを使用している。毎月法人主催の身体拘束委員会に管理者が出席しホーム内での徹底を図り、合わせて拘束をしないための取り組みについての研修会を年3回行い、拘束のないケアを行っている。	
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	虐待防止について研修を行い、防止に努めている。		
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	権利擁護に関する制度について理解し、成年後見制度を利用している利用者、家族の支援をしている。		
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	入居契約を結ぶときは、家族に十分相談し、話し合い、理解を頂くよう努めている。		
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	介護安心相談員の訪問を受け入れている。職員も積極的に利用者からの意見を取り入れている。ご家族からは面会時や家族会に個別でお話を聞いている。	殆どの利用者は自分の要望を伝えられる状況である。若干の方は難しく、問い掛けに対しての表情より判断して思いを受け止めるようにしている。家族の来訪は多い方は月2～3回という状況で平均すると月1回位となっている。年1回家族会を開き、1年間の様子をスライドで紹介し、合わせて利用者個々のケアプランの説明も行い、要望もお聞きしている。また、秋祭にも多くの家族が来訪され、食事会やボランティアの出し物を楽しまれている。更に、お便り「なかの通信」でホームの様子をお知らせし、利用者一人ひとりの状況については担当職員より手紙にてお知らせし喜ばれている。	

グループホームなかの

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
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	全体会議やリーダー会議などで意見を聞く場を設けている。また、業務中に出た意見や提案も検討し運営に反映してる。	毎月リーダー会議を行い全体会議の内容検討、改善点の確認を行い、それを受け全体会議を行い利用者のカンファレンス、業務の進め方、改善点等を話し合い支援の向上に繋げている。目標管理制度があり職員は年間目標を立て自己評価の後、管理者による個人面談を年2回行いスキルアップに繋げている。職員同士がなんでも話し合える雰囲気作りに心掛け、時間帯勤務の見直し等も行い、お互いがカバーし合い、全員で利用者に寄り添う支援に取り組んでいる。	
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	職員の個々の努力や実績を配慮し、話し合いの上でリーダー、マネージャー等の役職に慣れる仕組みを作っている。		
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	職員は段階に応じて外部研修を受ける機会や資各取得の為のスキルアップ手当を設けている。内部研修も定期的に行っている。		
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	長野県宅老所、グループホーム連絡会に加入している。		
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	本人との話し合いを重視し、できるだけ付き添い本人の不安を最小限にできるよう努め、信頼関係が作られるようにしている。		
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	家族の面会時に心配している事、困っている事など気軽に相談できるように配慮し少しでも早く信頼関係を築けるようにしている。		
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	相談を受けた際には、本人と家族の状況を評価し、本人と家族が真に望んでいる支援を模索し情報提供に努めている。		
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	一緒に作業してる中でも、利用者の方に教えていただき、共に支え合い生活をするという関係作りをしている。		

グループホームなかの

自己	外部	項目	外部評価	
			自己評価 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
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	家族と連絡をできるだけ取るようにし、相談、状況報告をしながら、一緒に暮らしてなくても共に本人を支えるという関係が築けるように努めている。	
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	利用者が住んでいた近所の方や友人が面会に来て下さったり、馴染みの場所へ行く支援をしている。	多くの利用者に対して近所の方の来訪があり、お茶をお出し寛いで頂いている。家族と電話でのやり取りをされている方もいる。また、家族と馴染みの美容院に出掛ける方もいる。更に、希望に応じ近隣のスーパーに買い物にも出掛けているが、中には買い物カレンダーを自分で作成し毎週「ドリンク」を買いに出掛ける方もいる。年数回お墓参りも兼ね家に戻られる利用者も数名いる。
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同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	利用者同士共に適切な関わりができるよう、場合によっては職員が間に入り関係を取り持ったり、調整したりしている。	
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	必要な場合は、退去後も利用者の状況把握や家族からの話しがあればその都度対応する。	
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	一対一の会話や、本人の言動からの意向、希望、気持ちを尋ねたり、察したりすることで把握に努めている。落ち着かれない時にも静かな場所で一対一で話しを聞くようにしている。ケアプラン作成時には必ず把握している。	殆どの利用者が意思表示の出来る状況であり、利用者個々の性格に合わせ提案を行い意向に沿えるよう努めている。遠慮がちな利用者に対しては居室等で1対1で話を聞き、希望の把握に努めている。また、日々の気づいた言動等は家族からお聞きした情報も参考に個人記録に纏め、職員は出勤時や夜勤時に確認し支援に取り組んでいる。
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	個人ファイルの生活史、フェースシート等を使用し個人のこれまでの様子、食べ物の好き嫌いなどを把握に努めている。	
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	一人ひとりの一日の様子を個人記録に記入したり、カンファレンスの時の話し合いを通して現状把握に努める。	
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、家族から思いや意向を聞いて、定期的にリーダー会議や全体会議を実施し、ケアに携わっているスタッフと各担当者スタッフでまず「本人の困っている事は何か」という視点から介護計画を作成している。	職員は2~3名の利用者を担当し、家族への手紙作成、薬の管理、ケアプランの書類作成等を担当している。ケアプラン更新時に担当者が作成したアセスメント資料を基にケアマネージャー中心に常勤スタッフでカンファレンスを行いプランを作成している。家族の希望は入居時と変更時に確認し、プランの中に反映させている。入居当初は1~2ヶ月様子を見て基本的には6ヶ月間での見直しを行っている。

グループホームなかの

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
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	個人記録、連絡ノート、医療ノート、日報を使用し、スタッフ同士で情報を共有し、実践や介護計画の見直しに生かしている。		
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	通院の支援、外出の支援などその時々に応じて対応している。		
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	季節の行事や誕生会に地域で活動しているボランティアを招いたり、地域の公会堂で行われるイベントに参加させて頂くなど協力支援を頂いている。		
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、納得が得られたか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	本人及び家族の希望を大切に、入居後も希望があれば同じかかりつけ医で継続できるようにしている。変更する場合は本人及び家族に相談して決めている。	入居時に医療機関についての希望をお聞きしている。現在入居前からのかかりつけ医利用の方が半数弱おり、職員がお連れしている。他の方はホーム協力医の月2回の往診で対応している。また、週1回契約の訪問看護師の来訪があり、利用者の健康管理を行っている。歯科は必要に応じ殆どの利用者がホーム協力医の受診で対応している。	
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	かかりつけ医の看護師や訪問看護の看護師と相談しながら健康管理を行っている。		
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、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	入院した場合は安心して医療に専念できるようにし、家族とも話し合い病院関係者と情報提供を行っている。		
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、事業所です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	「重度化した場合における指針」を作成し、本人または家族に説明同意を得るようにしている。かかりつけ医、看護師、スタッフも交えて話し合いを行いスタッフ間でも共有するようにしている。	家族会の際に個々のケアプランを説明し、重度化した際の希望をお聞きし、看取り同意書にサインを頂き支援に取り組んでいる。状況に変化が見られ終末期に到った時には医師、訪問看護師、ホーム職員で連携を取りつつ、個々の看取りマニュアルを作成し全職員で共有し、居室にも掲示して支援に取り組んでいる。昨年1名の看取りを行い、開設以来20名ほどの看取りがあり、その都度、家族から感謝の言葉を頂いている。看取り後は振り返りの時を持ち、職員の感想を個々に作成し、次回に繋げるようにしている。	
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	急変時や事故対応発生時はマニュアルに添って対応している。応急手当の初期対応の研修もやっている。		

グループホームなかの

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
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	避難訓練を年2回実施。夜間を想定した訓練を計画し岳南消防署の署員、岩船区近隣の方、運営推進会議のメンバーの方にも参加して頂いている。	年2回、6月と12月に併設デイサービスと合同で防災訓練を実施している。6月は運営推進会議に合わせ行っている。消防署、4～5名の近隣住民にも参加をいただき消火訓練、通報訓練、利用者全員参加の避難訓練、緊急連絡網の確認等を行っている。また、夜間想定避難訓練では火災想定で2名の職員がエアーストレッチャーを使っての避難誘導訓練も行っている。備蓄は「水」「レトルト食品」「缶詰」等が3日分準備されている。	
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	トイレ、入浴などの声掛けは他の利用者には聞こえないよう声の大きさに配慮している。また利用者が一人になってから行い、丁寧な言葉使いも心がけている。	周りに配慮して声掛けには気配りし、大きな声にならないよう近くで話し掛けている。呼び方については基本的に苗字を「さん」付けでお呼びしているが、同じ苗字の場合名前でお呼びしている。入室の際にはノックと声掛けを忘れないようにし、着替えをする際には人に見られないよう配慮をしている。また、間違えて他の利用者の居室に入るケースもあるので、誘導するようにしている。職員は年2回法人の内部研修を受け意識を高め取り組んでいる。	
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	飲み物は利用者の希望を聞いて選べるよう、予め好みそうな物を用意したり、おやつも利用者の希望を取り入れて作るなど色々な場面で利用者が自分の希望を表せるように支援している。		
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	安心して食事をして頂けるようその人のペースで食事が摂れるよう支援したり、会話も本人のペースで話せるようゆったりと聞いて過ごしてる。		
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	およそ2カ月に1回近隣の理容師にホームへ来てもらい、利用者の希望に応じてカットを行っている。また利用者様のご希望で洋服などの購入にも一緒に出掛けている。		
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	その月の行事に合わせた献立や個人の好みを取り入れた献立を考えている。配膳、洗い物、テーブル拭きなど、それぞれできることを声を掛けながら行っている。	若干名を除いては自力で食事が出来る状況であり、職員と共に食事を取り話をしながら食事の時間を過ごしている。献立は法人の栄養士が立てた1ヶ月分のものを調理専門スタッフが調理しお出ししている。誕生日、敬老会、七夕等の行事にはお好きな物を利用者にお聞きし、「刺身」「から揚げ」「ラーメン」等希望に合わせてお出ししている。また、花見の際「和食レストラン」で刺身、てんぷら等好きな物を食べ楽しまれている。ホームの畑で採れる夏野菜などを調理に使い、下準備から後片付まで可能な範囲でせお手伝いにも参加していただいている。	

グループホームなかの

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
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	食事量や水分量がなかなか摂れないときは本人の好きな物を出したり、食べやすい環境を作っている。食事量、水分量は毎日記録し、一人一人がどの程度摂取したか把握している。		
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、一人一人の状態に応じて口腔ケアを行っている。		
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	排泄用紙を用い、一人一人の排泄パターンを把握している。リハビリパンツ、パット、ポータブルトイレを使い分けその方に合わせて排泄誘導している。	自立している方が三分の一弱、一部介助の方が三分の一強、全介助の方が三分の一という状況である。排泄表を用い記録に残しパターンを把握し、食後、おやつ後等、トイレ誘導を行っている。また、夜間のみポータブルトイレ使用の方がいる。排便促進を図るため、味噌汁にオリーブオイルを混ぜることと牛乳、乳酸菌飲料等の水分摂取も心掛けている。更に、パット使用の大きさ等を工夫することで介護用品の費用削減にも取り組んでいる。	
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	毎朝乳製品を摂るようにしたり、散歩や体操などもするよう心掛けている。また、トイレで腹部マッサージを行うこともしている。		
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ず、個々にそった支援をしている	入浴の状況や本人の希望を聞き支援している。	自立されている方と全介助の方は若干名で、一部介助の方が全利用者の80%という状況である。基本的に週2回の入浴を実施している。入浴拒否の方もいるが希望の職員に替え対応している。湯船のお湯は1回毎に交換し、車イス使用の方はシャワーチェアで対応している。	
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	眠れないときは本人が眠くなるまでリビングでスタッフとお茶を飲んだり、テレビを観たりしゆったりと過ごすようにしている。		
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	お薬情報を個別のファイルに挟みいつでも確認できるようにしたり、服薬ノートで情報を共有し、用法、用量の理解に努めている。		
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	洗濯物量み、庭での野菜の収穫など利用者それぞれの力に合わせて家事などの支援を行っている。季節の花や花壇を飾りしている。		

グループホームなかの

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
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	散歩や買い物など利用者の希望に添って外出支援をしている。また季節の行事(お花見、バラ祭り)中学校の音楽会、中山晋平少年少女合唱団定期演奏会、岩船サロンなどに出かけている。	外出時、自力歩行の方が半数で、車イス使用の方が半数という状況である。天気の良い日にはホーム近くの神社まで近隣の方に挨拶をしながら散歩をしている。夏場はホームの畑の夏野菜の収穫も楽しんでいる。年間の外出計画があり4月のお花見、6月のバラ園見学、9月の中学の音楽会見学、10月の中山晋平少年少女合唱音楽会見学等に出掛け、外出の際には食事も楽しんでいる。また希望に合わせ買い物にも出掛けている。	
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	スタッフと買い物へ行き、食べたい物や必要な物を選び購入する支援を行っている。		
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	利用者様の希望により、家族へ電話したり、受けたりの支援をしている。		
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	季節の花を飾ったり、食事作りなどの生活に伴う音、匂い、光が感じられるようにしている。	整理整頓が行き届き清潔さが感じられる共用部分はキッチンから全体を見渡せる造りで、3ヶ所に食事テーブルとソファが置かれ、また、テレビも置かれたホールと小上がりの畳スペースとなっている。そのような中、テレビを見たり話しをしながら寛いで利用者がおり、思い思いの時間を過ごしている。季節の花も飾られ、利用者の生活の場に季節を感じさせる演出もされている。	
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	リビング、居室、和室、洗面台横のベンチなど休める所を選べるように工夫している。		
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	居室に、本人、家族と相談しながら使い慣れた物や好みの物を配置するようしている。また本人にとって理解しやすい環境作りを工夫している。	一般家庭を思わせる造りで入り口には表札が掛けられている。陽当りの良い各居室には大きなクローゼットが備え付けられ整理整頓がされている。持ち込みは自由でイス、テーブル、使い慣れたタンス、衣装ケース、テレビ、仏壇等、好みの物で自分の生活の場を作っている。	
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	フロア内はバリアフリーであり、歩行機能が低下してもできるだけ歩行器や杖、手引きで歩けるよう支援している。		