

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	1890100306		
法人名	一乗谷友愛会		
事業所名	グループホームあさくらの家東郷		
所在地	福井県福井市東郷二ヶ町6-2-1		
自己評価作成日	令和 2年 11月 13 日	評価結果市町村受理日	

※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/18/index.php
----------	---

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 福井県社会福祉協議会
所在地	福井県福井市光陽2丁目3番22号
訪問調査日	令和 2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)】

今まで暮らしてこられた「普通の暮らし」が安心して継続できるような支援に努めています。毎日3食の食事作りに力を入れ、入居者の方に手伝っていただきながら職員と一緒に手作りしています。入居者の方に、どんなものを食べたいか要望を聞き、取り入れるようにしています。外出・外食などへ出かけ施設の中だけで生活することのない心がけています。家庭的な雰囲気の中で本人のペースに合わせ楽しく過ごせ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、福井市東部の東郷地区(福井の小京都と称されている)にあり、地域住民も利用する福井市東体育館、桜の名所の東郷公民館に囲まれた田園地域に立地している。敷地内には、「小規模多機能型事業所」が併設、事業所間で有機的な連携と協力体制をとっている。法人は昭和55年開設の特別養護老人ホーム「あさくら苑」を含め、高齢者介護サービス17事業を運営している。事業所の理念「もうひとつの家」の実現を目指すために、外部・内部の職員研修にも努める一方で、利用者の生活歴、普段の要望、思い等を積極的に汲み取り、職員によって支援方法や対応に差が出ることがないように努力している。職員の離職は極めて少なく、利用者にとって「心安らぐ家の実現」に努めている。

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、信頼関係ができている (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)	○ 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、生き活きと働けている (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	○ 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、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)	○ 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、安心して暮らせている (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

[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	職員会議を通して法人の理念を伝え再確認している。事務所内にも貼り出し意識し実践できるよう努めている。	事業所独自の理念として「もうひとつの家」を掲げ、それに基づき利用者に寄り添って、利用者一人ひとりを理解し、穏やかに自立したその人らしい生活が送れるよう職員間で共有し、支援に取り組んでいる。	
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	地域のイベント、祭り、運動会、ふれあいサロンへの参加や児童館の子供達とのふれあい、演芸ボランティアの方を招いている。	自治会に加入し、おつくね祭りや運動会、自治会サロンなど地域のイベントに積極的に参加している。また、児童館との交流では、事業所に子供たちが訪れるなど地域に馴染んだ事業所を目指し、関係の構築に努めている。	
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	運営推進会議を利用し、認知症の方の理解や対応を説明している。ふれあい祭りの健康福祉コーナーで血圧測定や介護相談をしている。		
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	運営推進会議を2か月に一回実施している。状況や日々の取り組みを報告し出席者と意見交換を行っている。	自治会長・公民館長・地区社協会長・地域包括支援センター職員・日赤奉仕団員など多様な構成員で会議が開催され、利用者の状況や活動報告、地域との関わり等を協議している。最近では、地域からの事業所の役割など活発な意見も出ている。	法人理念の一つである「自由な生活の実現」に向け、事業所の思いや抱える課題を、地域の方々と共有し、認知症の方々の理解を深めて頂くことに期待したい。
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	ケアマネージャーを中心に日頃からの連絡や分からない事をすぐに担当者に尋ねるようになっている。	運営推進会議に地域包括支援センターの職員も参加し、日頃の支援について相談し合える関係が出来ている。また、市委託の介護相談員にも支援について助言を受け、ケアに反映している。	
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	身体拘束はしないケアに努めている。言葉の拘束にならないよう言葉掛けを意識している。出入りにドアベルを設置し入居者の見守りを行っている。	法人理念の一つである「人権を守る」に基づいて管理者、職員が共に拘束防止について日々検討し、拘束のないケアの実践に努めている。運営推進会議でも玄関施錠について協議し、地域住民にも人権擁護について説明し、理解を得られるよう努めている。	
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	研修に参加し会議で報告を行っている。職員会議の際に話し合いを行っている。		

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
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	現在は、対象者がいないので職員に対しては行っていない。管理者が研修に参加し会議で報告を行っている。		
9		○契約に関する説明と納得 契約の締結、解約また改定等の際は、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、重要事項説明書の読み上げを行い理解を得ている。疑問がある場合は都度対応している。		
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	運営推進会議に参加して頂き意見交換を行っている。家族の方が面会に来られた時に様子を伝え家族の方の意見を聞いている。内容は職員間で伝達している。	写真付きの広報誌を毎月請求書と一緒に配布している。意見箱の設置の他、意見要望用紙を活用し、来所した家族に記載を依頼し、意見や要望の把握に努め、職員間で情報を共有している。来所の少ない家族には受診時や電話にて関係の構築に努めている。	
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	月2回の運営会議で事業所、職員からの意見を報告、代表者や他事業所の管理者と共に検討・意見交換の場を持っている。	人事考課制度を導入し、年2回管理者と話し合い、取組みの振り返りを行っている。それ以外にも月2回運営会議を設け、管理者と職員の意見交換の場を設けている。気軽に相談できる関係性ができている。	
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	人事考課、面談を年2回行い職員から意見や要望を聞き改善できる点は改善を行っている。		
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	施設内研修や外部の研修に機会があれば参加するよう促している。		
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	連絡協会に参加し、他事業所の方と意見交換を行っている。外部研修に参加し他事業所の方交流を図っている。		

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
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	入居前に情報収集し思いや要望を聞き取り職員間で共有を図っている。関わる時間を増やし馴染みの関係をつくりをし、安心して生活して頂けるよう取り組んでいる。		
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	入居前や、面会時に要望を伺い、その都度話し合い安心できるよう努めている。		
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	入居者、家族の方と話し合い状況に合わせて必要なサービスを提供している。		
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	掃除、洗濯物たたみ、お盆拭きなど出来ることを一緒に行っている。入居者の方と一緒に生活する事を大事にしている。		
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	面会時には、普段の様子を伝えている。都度、状態変化があった際には電話連絡している。広報誌には、日頃の様子がより分かるよう配慮している。		
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	本人の希望する場所への外出を行っている。知人、家族の面会は自由に行っている。家族との外出も自由にいただいている。	入居時に管理者とケアマネジャーが家族と面談し、これまでの生活歴やアセスメントを行い情報を収集し、職員間で報を共有している。利用者の徘徊を止めない取組みを実践し、気軽な外出を行っている。	
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	入居者一人ひとりの性格を理解し入居者同士の関係を把握している。トラブルの際は職員が間に入り話を傾聴している。		

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	サービスの利用が終了した本人、家族と出会った際は近況を伺っている。法人内の事業所に転居されても会いに行くことがある。		
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	入居者の希望や意向を確認している。日々の関わりから気持ちを汲みとるよう努めている。ケアプランの実施と計画はモニタリングを基にし思いに沿っているかを確認している。	アセスメントや日頃のケース記録をもとに、利用者への寄り添いを重視し、利用者が何を求め、何をしたいのかの把握に努めている。	
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	入居当初に本人や家族の方から話を聞き取り知り得た情報を記録に残している。居室内には家で使用していたものを持ち込んでいる。		
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	一人ひとりの日々の様子をケース記録やミーティングノートに記入し職員間で現状の把握をしている。		
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	各入居者に対して担当職員がモニタリングを実施し入居者本位になるように計画作成担当者が介護計画を作成している。	担当職員が3か月毎にモニタリングを行い、ケア会議で話し合いケアマネジャーが計画書を作成している。6か月毎および、状態が変化した際にはケア計画の見直しを行い家族に承認を得ている。家族の要望は来所時に聴取している。	
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	日々の様子はケース記録に残し必要があればミーティングノートを活用し情報を共有している。		
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	職員一人で判断せず管理者等に相談し対応している。		

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	ボランティア、児童館の子供達の受入れ、地域の祭りやイベントに参加し楽しんで生活できるよう努めている。		
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	基本、受診は家族にお願いしている。必要な場合は書面にて情報を渡すこともある。訪問診療の際は職員が同席している。	かかりつけ医の受診を基本としているが、希望に応じて協力医の訪問診療も利用できる。受診に同行する家族との連携を大切にしている。また併設事業所の看護師の協力により、主治医との連携を密に行っている。	
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	看護師が定期的に健康観察を行っている。		
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。	入院時には、継続看護を渡したり、電話での連絡を取っている。面会に行った際は看護師等に状態を聞いている。カンファレンスにも参加している。		
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	状態変化のある場合は適時、ご家族含めて終末期における意向を再確認している。医師、看護師と連携し看取り介護にも対応している。	管理者は看取りの経験があり、また往診医との連携も図られ、看取りの体制が整っているが、未だ事業所での看取りは行っていない。看取りや重度化した際の対応について入居時に家族に説明し、随時相談し、最善の対応ができるよう体制を整えている。	
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	緊急時の対応マニュアルがあり確認を行っている。対応については都度話合っている。		
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	年1回は必ず夜間想定訓練を行っている。 運営推進会議等でも災害時について検討を行い、助言も頂いている。	年2回火災訓練を実施している。うち1回は夜間を想定し、運営推進会議後に行うことで地区会長や近隣住民の方々の協力も得ている。地区の避難訓練には参加していないが、運営推進会議を通じて災害時の対応等、情報交換を行っている。	

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
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	敬語で依頼形の言葉遣いを意識し、笑顔で対応を行なうようにしている。排泄、入浴時には羞恥心に配慮し対応している。	居室の入り口やトイレに暖簾を掛け、プライバシーの保護に努めている。また、言葉遣いに関しては、管理者・職員間で注意し合い、利用者を抑止するような言葉掛けにならないよう心掛けている。	
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	普段の会話の中で入居者の希望を聞き、希望に沿えるよう取り組みを行なっている。外出、外食への参加は声掛けを行い自分で決めていただいている。		
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	日中、居室で過ごす方もいれば、リビングで過ごしている方もいる。一人ひとり自由に生活している。		
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	整容の声掛けを行なったり、職員と一緒に着たい衣服を選択して着ていただいている。		
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、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食事作り、買い物、後片付け等を能力に合わせて一緒に行なっている。	事業所で献立を立て調理している。食材は基本宅配便を利用しているが、利用者や買い物に出掛け、個人の嗜好を献立に反映している。食事量の減っている利用者には、食事環境の工夫や栄養補助食品も導入し対応している。	
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	食事量、水分量の記録を行なっている。食べれない時は、高カロリーゼリーや飲み物を提供している。飲み物の工夫をして少しでも多く飲んでいただけるようにしている。		
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	食後の口腔ケアを行なっている。不十分な所は介助しながら行なっている。		

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
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	個々の排泄パターンを把握し支援している。訴えのある方は都度、支援を行なっている。	排泄チェック表を基にトイレ誘導を行い、なるべくリハビリパンツや布パンツを使用し、トイレでの排泄を心掛けている。夜間に関しては、利用者の状況に応じてオムツを使用することもある。	
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	果物、牛乳、ヨーグルトを提供し便秘の予防に努めている。		
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	入浴日は決めず毎日お風呂を沸かしている。個浴でゆっくり入浴できるようにしている。	毎日、日中はお湯を沸かし、曜日の指定はなく、利用者の希望に応じて入浴できる。また、リフトも設置し車いすの方でも安心して入浴ができる。	
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	日中「休みたい」と言われた場合は自由に休んでいただいている。就寝時間もバラバラで休みたいときに休んでいる。		
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	薬の情報はファイルにし、職員が確認できるようにしている。薬の内容や服薬の変更があったときは申し送りを行なっている。		
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	得意なこと、好きなことを職員と一緒に言い気分転換を図っている。		
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支援している	買い物他に天気の良い日には、ドライブや外出を取り入れている。	法人本部の文化祭への参加や食材の買い出し、喫茶店等での外食など、気軽な外出は利用者の希望や職員配置状況に応じてその都度行っている。しかし、職員不足等で遠方への外出機会を設定することが困難なこともある。	年間計画等で、遠方への外出計画を立て、運営推進会議等で地域住民や家族等にも外出支援の協力を求める等、関係者と共に充実した外出支援の実現を期待する。

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
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	家族の方よりお預かりしたお金は保管、管理している。買い物や外出の際は自由に使えるようになっている。		
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	電話の取次ぎが出来るようにしている。携帯電話を持っている方もいる。手紙が届いたら渡している。		
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	家庭的で居心地の良い空間になるよう、ソファやテーブルの位置を工夫している。	共用空間は天井が高く、南側には東郷の田園風景を一望できる大きな窓があり暖かな雰囲気である。広い空間の中で少しでも安らげるよう、間仕切りを設置し、落ち着ける空間づくりに努めている。	
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	衝立やソファの位置を変え、入居者が過ごしやすいよう工夫している。		
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	居室内には、家で使っていた物を自由に持ち込んでいただいている。茶碗や箸も使い慣れたものを使っている。	居室にはベッドと洗面台が設置されている。家具やテレビなどは利用者が自由に持ち込むことができ、その人らしい居室づくりを行っている。	
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	トイレや出入り口に開閉の方向を表示している。居室は自分の家とわかるように表札を設置している。		