

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	0290700079		
法人名	有限会社ケア・サポート三沢		
事業所名	グループホーム赤とんぼ花園		
所在地	青森県三沢市花園町1-5-16		
自己評価作成日	平成27年1月15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	
----------	--

【評価機関概要(評価機関記入)】

評価機関名	社会福祉法人 青森県社会福祉協議会		
所在地	青森県青森市中央3丁目20番30号		
訪問調査日	平成27年2月27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)】

<p>ケアプランに基づいて、細かな対応を心がけている。</p>

【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)】

<p>設立5年目を迎えたばかりの比較的新しい事業所で、地域に高齢者が多い住宅地に立地し、地区の集会所が隣接していることから、利用者と共に集会や行事に参加して、交流している。集会時に事業所の説明をする等、地域の方に理解してもらい取り組みを行っており、納涼祭にはボランティアを含め、地域住民が多数訪れ、交流が図られている。運営推進会議を通して、地域住民の協力を得て、職員・利用者と一緒に避難訓練を年2回実施している。また、AED設置と24時間利用可能なことを周知しており、AED講習の受講を地域住民も一緒に行っていくことを予定している。また、食事介助が多い中、昼食は職員も一緒にテーブルで食事を摂っており、楽しく会話しながらサポートをしている。</p>
--

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	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ます (参考項目:9,10,19)	○	1. ほぼ全ての家族と
			2. 利用者の2/3くらいが				2. 家族の2/3くらいと
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族の1/3くらいと
			4. ほとんど掴んでいない				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	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回程度ある				2. 数日に1回程度
			3. たまにある			○	3. たまに
			4. ほとんどない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 少しずつ増えている
			3. 利用者の1/3くらいが			○	3. あまり増えていない
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが				2. 職員の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが			○	3. 職員の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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			○	2. 利用者の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 利用者の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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	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. 利用者の2/3くらいが			○	2. 家族等の2/3くらいが
			3. 利用者の1/3くらいが				3. 家族等の1/3くらいが
			4. ほとんどいない				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				

自己評価および外部評価結果

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	徐々に理念の意識がみられてきている。	系列グループホームと共通の理念を掲げ、毎朝のミーティングや職員会議等で理念の意味を話し合い、地域密着型サービスを意識した取り組みを行っている。	
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	日常的なつながりはないが、積極的に行事に参加し、町内からの行事等の誘いが徐々に増えている。	町内会に加入している他、地区の集会所が隣接していることから、利用者と共に集会や行事に参加して、交流を図っている。また、集会時にホームの説明をする等、地域住民にホームを理解していただくように取り組んでおり、納涼祭にはボランティアを含め、地域住民が多数訪れ、交流が図られている。	
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	実習生やボランティアの受け入れを行っている。AEDの設置を通して、地域の方も利用できるようにし、AEDの使用方法について、地域の方々との講習を実施予定である。		
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	運営推進会議の中で活動状況を報告し、メンバーと意見交換を行っている。	運営推進会議では、町内会長を中心に活発な意見交換が行われている。納涼祭や避難訓練への協力の働きかけや、AEDの設置及び24時間利用可能なことを周知している他、感染症対策の面会制限等の話し合いを行い、サービス向上に取り組んでいる。	
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	パンフレットを配布し、市担当者からはその度に指導を仰ぎ、意見や情報をいただいている。	市担当職員が運営推進会議に毎回参加しており、ホームの状況や自己評価及び外部評価結果等の報告が行われている。会議では、介護保険についての質問に対して説明をしていただいたり、日頃からサービス向上に関して相談をする等、行政との連携が図られている。	

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
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	マニュアルを作成し、学習している。玄関を開けようとする利用者が数名いるため、施錠の解除ができていない。	帰宅願望・外出傾向の利用者が連鎖的に玄関に集まってしまうため、玄関は自由に入れるが、外に出る時は暗証番号で開くように設定されている。また、玄関の施錠や転落防止のベッド柵について、家族に説明し、了解を得ているが、その同意書の作成や理由・方法・期間・経過観察等の記録を残す体制がない。	外部研修へ参加して、伝達講習や勉強会等の内部研修を行う等、職員が身体拘束の内容や弊害について理解を深めることに期待したい。また、やむを得ず身体拘束を行う場合の説明と同意書の作成、理由・方法・期間・経過観察の記録を残す体制を整えることに期待したい。
7		○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	高齢者虐待防止法について職員間で学習機会を設けた。また、管理者の立場から、常に職員のケアに対して目を向けている。		
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	利用者で後見制度を利用している方がいる場合、個人情報も含まれるため、内容を数人に限定して伝えている。		
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	契約時にケアマネジャーを中心に説明をしている。		
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並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	利用者・家族の要望はケアプラン等に反映し、意見・要望は意見箱、窓口で対応している。	運営推進会議のメンバーとして家族代表が参加しており、外部へ意見を話せる機会となっている。利用者の暮らしぶりや健康状態、受診状況等を一日一行ずつ綴り、毎月家族へ郵送して報告している。また、意見や苦情が出された場合には、運営推進会議で報告・検討し、速やかに対応することとしている。	
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	職員会議やユニット会議にて意見交換を行うと共に、施設長・社長・職員の三者での面談を実施している。	ホーム全体で行う職員会議、各ユニット会議をそれぞれ月1回開催し、職員の意見を聞く機会を設けている。また、職員の研修参加や勤務体制の希望に配慮している他、利用者が混乱しないよう異動は最小限にしている。	

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
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	代表者なりの考えで、環境づくりに努めている。		
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	研修内容と職員本人の力量や希望に合わせた研修に参加してもらい、できるだけ多くの職員が参加できるようにしている。また、内部研修も行っている。		
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	年1、2回、他施設を訪問し、挨拶を重ねながら情報交換を行っている。		
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	入居時とケアプラン作成時に、要望をくみ取るようにしている。		
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	サービスの開始にあたっては、家族からの意見、了解の確認をとった上で開始している。		
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	家族の要望と本人の身体的な面、メンタル面を総合的にみて、今必要な支援を考えて対応している。		
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置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	できる事は手伝ってもらい、一緒に行くことで関係を築いている。利用者自身の経験を基に会話し、共通の話題を模索している。		

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
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置かず、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	毎月の家族通信、面会時の状況を通して行っている。また、変化時には速やかに報告している。		
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	要望があった場合には、馴染みの人や場所との関係が途切れないよう支援を行っている。	馴染みの人や場所について、入居前に情報収集する他、利用者とのコミュニケーションによる把握に努めている。家族や知人等との電話や手紙、面会の支援をし、交流を継続できるよう配慮している。また、通院の帰りに自宅を通る等の外出希望にも応じている。	
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	良好な関係の時は見守りながら支援し、トラブルに関しては特に注意して観察しながら支援している。		
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	家族から要望があった場合の相談、支援の準備はできている。		
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	(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	日常のケアの中からの情報、また、他職種や家族からも情報を加え、本人の意向や希望を把握している。	日々のケアやコミュニケーションから情報収集し、思いや希望、意向を把握している。ユニット会議では全職員で話し合い、家族や知人からも情報収集し、意向等を把握するように努めている。	
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	入居時の家族からの聞き取りや、それまで受けていたサービス利用先からの情報提供により、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	申し送り、ケース記録、職員同士の情報交換により把握している。		

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
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	カンファレンスにて担当者、他職員、看護師と検討して作成し、モニタリングを行っている。	介護計画は、できるだけ利用者・家族の意見や希望を取り入れ、全職員で話し合っ作成している。また、実施期間は3ヶ月とし、モニタリングや見直しを行っている。	
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	3ヶ月毎の見直しと、変化が生じた時は速やかに計画の見直しを行っている。		
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	本来、家族対応の受診であっても、施設サービスとして、利用者の受診に付き添っている。		
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	地域の民生委員やボランティア団体の存在を把握して、行事等に呼びかけ、協力体制を築いている。		
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	かかりつけ医を利用している。	利用者・家族の希望により、入居前からのかかりつけ医に受診できるよう、ホームが通院介助をしている。認知症専門医等、市外へは家族が通院介助をしている他、歯科、眼科等へもホームが通院介助している。また、必要時は家族が同行している他、受診結果は報告し合い、情報を共有している。	
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	変化は速やかに看護師に報告し、適切な処置・受診が行われている。また、医療を学ぶため、受診の際にも介護職員が同行している。		

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
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。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。	入院時には面会を重ね、病院関係者から状況の説明を受け、退院後の対応について話し合っている。		
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・終末期についての当施設での対応を説明している。その時期には家族に説明、相談し、他施設へつなげている。	重度化・終末期により医療依存が高くなった場合には対応できないことを、入居時に家族に説明し、明確化している。看護師を職員として配置している他、訪問看護も月1回訪問し、日常の健康管理を行っている。また、急変時の対応マニュアルを作成し、全職員が対応手順を理解している。	
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	急変時の連絡・対応等のマニュアル作成と把握は全職員ができていますが、救急救命の訓練はできていない。		
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、訓練を実施しており、地域の方々と協力しながら行っている。	日中・夜間の具体的な避難誘導策が作成されており、職員と利用者、地域住民と一緒に、避難訓練を年2回実施している。災害時に備えて、食料・飲料水・充電機・ポータブルトイレ・毛布やラグ等を用意している他、オール電化でも困らないよう発電機も用意している。	
IV. その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	(14)	○一人ひとりの人格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	利用者のプライバシーを保護する対応を行っている。何事においても、利用者が選択できるような言葉をかけている。	利用者や家族の意向に配慮し、慣れた呼び方で下の名前で「さん」付けが多い。羞恥心に配慮した声かけを行っており、排泄に関しては職員同士が合図で確認し合っている。また、業務に追われ、つい声が大きくなったり、きつい言葉遣いになっている時は、その都度注意すると共に、職員会議等で全体として確認や改善に取り組んでいる。	

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
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	レクリエーションや行事等は、利用者の意見を優先して行っているが、特になければ、職員が積極的に声がけをして、活動を促進している。		
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	日常のスケジュールにおいても、利用者の状況に合わせ、予定を変更しながらも希望に沿って行っている。		
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	毎日の身だしなみ、月1回の散髪、本人の選んだ着衣等の支援をしている。		
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	季節の物や地元の懐かしい食べ物を取り入れ、全て職員の手作りで提供している。食事前の準備、後片付けは利用者にも手伝ってもらっている。また、昼食時は職員と利用者が一緒になって食べている。	献立は系列の管理栄養士が作成しており、利用者の希望や好き嫌いにも配慮している。利用者の状況に応じて、食器拭き等を職員と一緒にしている他、食事介助が多い中、昼食は職員も一緒にテーブルで食事を摂っており、楽しく会話しながら食事をサポートしている。	
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	栄養士により、食事バランスは確立されている。午前は飲み物、午後はおやつと飲み物を提供している。また、飲み物は本人の好みや状況に応じて提供している。		
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に、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、見守りや介助をしながら行っている。固形ブラシやガーゼを使って、状態に応じた口腔ケアを行っている。義歯は毎日、洗浄剤で洗浄し、清潔を保っている。		
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向けた支援を行っている	排泄チェックで、利用者一人ひとりの排泄サイクルを把握している。便・尿意のある利用者には、夜間でもトイレ誘導をしている。	一人ひとりの排泄をチェック表に記録し、排泄パターンを把握しており、事前誘導を行ってトイレでの排泄を支援している。昼夜おむつ使用の利用者もリハビリパンツとパットになる等、随時、見直しを行い、おむつを減らす取り組みをしている。また、失敗した時には他の利用者に気づかれぬよう、静かに、速やかに対応している。	

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
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	毎日の体操、屋内外の歩行運動をし、水分補給も十分にしているが、下剤にてコントロールする利用者もいる。		
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、個々に応じた支援をしている	入浴の曜日や時間帯は決まっているが、利用者の状態、希望によっては変更して支援している。	週2回は入浴できるよう、一応の入浴日を決めているが、利用者の意向や状態に合わせて、変更している。利用者の羞恥心や負担感に配慮し、1対1で介助しており、長湯や一番風呂、熱め、ぬるめ等の好みにも配慮している。また、入浴拒否が続く場合には家族に来ていただき、声かけの協力もお願いしている。	
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	睡眠チェックで利用者一人ひとりの睡眠サイクルを把握している。状態に応じて、日中の休息も取り入れている。利用者によっては入眠剤を使用し、または、入眠までの付き添いの支援をしている。		
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	薬の変更時は、看護師が指示と指導をし、全職員に周知できている。服薬の取り扱いは四重チェックで、誤薬がないよう努めている。		
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	家事手伝いの的な手作業、気分転換にドライブ、庭での日光浴や散歩をしている。		
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。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支援している	本人の希望や状況により、家族と相談して、可能であれば家族の協力を得ながら外出の支援を行っている。	天気の良い日は気分転換や外気浴のために、外に出る機会を多く持つように努めている他、帰宅願望が多いため、自宅周辺へのドライブや家族の協力での外出を支援している。また、マイクロバスを借りてショッピングセンターに出かけ、食べたいものをそれぞれ注文して外食したり、買い物をしている。	

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
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	お金は施設で管理している。外出の際は職員がお金を管理しているが、本人が自由に使えるよう支援している。		
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	要求に応じられる体制となっている。		
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	利用者が自由にソファで横になったり、テレビをみたり、休息をとったり、会話ができるようにしている。日中も休息できるように、ブラインドで光を調整している。	平屋で天井が高く、開放感があり、天窓からは日射しが差し込み、室内は明るく、清潔に保たれている。ホールは広く、ソファやテレビ、テーブルが設置され、利用者が寛いだり、テーブルゲームを楽しめるスペースとなっており、キッチンからもスタッフルームからも見渡しが良い。また、温度・湿度計で適切に管理され、音楽や物音も騒がしくなく、節分や雛飾りの作品が飾られ、季節を感じる工夫もなされている。	
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	ソファの配置を工夫して、本を読んだり、うたた寝ができるようにしている。		
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	家族への働きかけは行っているが、物によっては破損が考えられる。認知症の方達なので工夫に苦労している。	居室にはベッドやサイドテーブル等が備え付けられているが、ベッドからの転落の危険が大きい利用者には、ベッドを撤去している。家族には馴染みの物の持ち込みについて働きかけている。	
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」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	居室前に目印のシールを貼ったり、トイレの方向に色テープで道しるべを作り、誘導できるように工夫している。		